



Alda Arlete

Moreira Resende

Obesidade na Gravidez: um estudo na

USF La Salette



Alda Arlete Moreira Obesidade na Gravidez: um estudo na
Resende USF La Salette

Relatório de Estágio de natureza profissional apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Marília dos Santos Rua, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e da Professora Doutora Elsa Maria Pinheiro de Melo, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho à Minha Família

O júri

Presidente

Professor Doutor João Filipe Lindo Simões

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Arguente

Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Professora Adjunta Instituto Politécnico de Bragança

Orientadora

Professora Doutora Marília dos Santos Rua

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

À Professora Doutora Marília Rua pelo caminho percorrido em conjunto, pela disponibilidade, incentivo, confiança e por todas as partilhas e ensinamentos. Sem ela não poderia ter percorrido este caminho.

Agradeço a Professora Doutora Elsa Melo pelo apoio e orientação e orientação e pela confiança que demonstrou na realização deste trabalho

Ao Professor Joaquim Alvarelhão pela disponibilidade e espírito crítico, ajudando a balizar as dúvidas e incertezas.

À equipa da Unidade de Saúde Familiar La Salette que foi o local de estágio, em especial às Enfermeiras pela colaboração e incentivo.

À Enfermeira Catarina Moura, pela aprendizagem da importância de trabalhar com as famílias nos cuidados de saúde primários. O estágio não foi só um momento de partilha de experiências mas o reconhecimento do profissionalismo e da amizade, da confiança construída ao longo dos vários meses que estive presente na USF.

Às participantes do estudo, pela disponibilidade em partilhar as suas experiências, bem como a USF La Salette pela possibilidade dada para a realização do estudo e do estágio.

À toda a minha Família, em especial ao meu filho David e ao meu marido Ricardo pelo apoio imprescindível, expressado na cumplicidade, partilha, incentivo e tolerância pelo tempo que abdicaram da minha presença.

Aos meus colegas Enfermeiros do 1º Mestrado Enfermagem de Saúde Familiar, em especial aos da Universidade de Aveiro, que direta ou indiretamente me ajudaram neste percurso, pautada pelo espírito de camaradagem e apoio.

A todos Muito OBRIGADA!

Palavras-chave

Gravidez, Obesidade, Enfermeiro de Família

Resumo

Este relatório visa apresentar uma reflexão crítica sobre o nosso desenvolvimento de competências durante o estágio de natureza profissional, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde familiar, na USF LS no período compreendido entre 15 setembro de 2015 e 5 maio de 2016 e ainda, enquadrado neste estágio, apresentar o estudo empírico desenvolvido na área da obesidade na gravidez.

Das competências desenvolvidas salienta-se de uma forma global o cuidado à família, ao longo do ciclo vital, mobilizando os recursos da mesma e da comunidade face às necessidades de cada momento, reconhecendo o sistema familiar com a sua complexidade equifinidade e auto-regulação.

Relativamente ao estudo empírico desenvolvemos um estudo quantitativo, descritivo tendo subjacentes as questões de investigação: Qual o perfil do IMC, das mulheres grávidas e puérperas que fazem vigilância de Saúde Materna e Puerpério na USF La Sallate? Qual o tipo de parto e quais as características do recém-nascido das mulheres que fazem vigilância de saúde na USF La Sallate?

O mesmo tem como objetivos: Avaliar o perfil relativo ao IMC da mulher, antes da gravidez, durante a gravidez, parto e no puerpério; Analisar o ganho ponderal durante a gravidez de acordo com as recomendações da DGS (2015); Caracterizar o tipo de parto, da amostra do estudo; Caracterizar o RN quanto ao tempo de gestação e aos dados antropométricos.

Para a consecução deste estudo foi usada uma amostra de 60 grávidas e puérperas, acompanhadas na consulta de vigilância de saúde na referida USF. Os dados foram extraídos do Sclínico, tendo sido cumpridos todos os pressupostos éticos inerentes a uma investigação deste tipo.

Os resultados mostraram que no início da gravidez 71,7% apresentam um IMC de peso normal e 11,6% apresentavam obesidade. Com a idade gestacional de 12 semanas, observou-se uma percentagem de 35 % de mulheres que tiveram um ganho ponderal que as colocou numa categoria de IMC superior àquela em que se encontravam no início da gravidez.

No final da gravidez (n=21) verificou-se que em 42,8% das mulheres o ganho ponderal foi congruente com o esperado e 19,0% das mulheres apresenta IMC abaixo do esperado. Os partos ocorreram em média às 38 semanas, tendo os Recém-nascidos um peso médio de 3,12Kg, na ao 1º minuto 14,3% Índice de Apgar baixo e 85,7% com boa vitalidade. Na sua maioria os partos foram eutócitos e sem complicações associadas.

Evidencia-se a importância do Enfermeiro de Família, na implementação de medidas de intervenção adequadas nas consultas de vigilância de gravidez, na área da educação para a saúde nomeadamente sobre alimentação, exercício e estilos de vida saudável, para prevenir a obesidade.

Keywords

Pregnancy, Obesity, Family Nurse

Abstract

This report aims to present a critical reflection on our development of competencies during the professional stage, within the scope of the Master Course in Family Health Nursing, at USF LS in the period from September 15, 2015 to May 5, 2016 and In this stage, present the empirical study developed in the area of obesity in pregnancy.

From the competences developed, the care for the family throughout the life cycle is mobilized, mobilizing the resources of the family and the community in the face of the needs of each moment, recognizing the family system with its complexity of equality and self-regulation.

Regarding the empirical study, we have developed a quantitative, descriptive study that underlies the research questions: What is the BMI profile of pregnant and puerperal women who carry out maternal and puerperal health surveillance at USF La Sallete? What type of delivery and what are the characteristics of the newborn of the women who carry out health surveillance at USF La Sallete?

The objective of the study is to: Evaluate the BMI profile of women before pregnancy during pregnancy, delivery and in the puerperium; To analyze the weight gain during pregnancy according to the recommendations of the DGS (2015); Characterize the type of delivery, from the study sample; To characterize the RN in terms of gestation time and anthropometric data.

For the accomplishment of this study a sample of 60 pregnant women and puerperas was used, accompanied in the consultation of health surveillance in said USF. The data were extracted from the Sclínico, and all the ethical presuppositions inherent to an investigation of this type were fulfilled.

The results showed that in the beginning of pregnancy 71.7% had a normal weight BMI and 11.6% presented obesity. With the gestational age of 12 weeks, a percentage of 35% of women who had a weight gain that placed them in a category of BMI higher than the one in which they were in the beginning of the pregnancy were observed.

At the end of pregnancy ($n = 21$), it was found that in 42.8% of the women the weight gain was congruent with that expected and 19.0% of the women had a BMI that was lower than expected. Births occurred on average at 38 weeks, with newborns having an average weight of 3.12 kg, at the 1st minute 14.3% Apgar score low and 85.7% with good vitality. The majority of deliveries were eutocyte and no associated complications.

The importance of the Family Nurse in the implementation of appropriate intervention measures in pregnancy surveillance consultations in the area of health education, namely on nutrition, exercise and healthy lifestyles, is shown to prevent obesity.

Abreviaturas e/ou siglas

a – anos

ACeS EDV II – Agrupamento de Centros de Saúde Entre Douro Vouga II

APP – Ameaça Pré-Parto

ARS – Administração Regional de Saúde

CSP – Cuidados Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

Dp – Desvio padrão

Kg. – Kilogramas

HTA – Hipertensão Arterial

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

IMC – Índice Massa Corporal

IOM – Institute of Medicine

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

m. – meses

UA – Universidade de Aveiro

USF – Unidade de Saúde Familiar

USF LS – Unidade de Saúde Familiar La Salette

UTAD – Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNVGBR – Plano Nacional de Vigilância Gravidez Baixo Risco

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidades de Recurso Assistenciais Partilhados

USP – Unidades de Saúde Pública

INDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	5
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	7
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	12
CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO	19
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	21
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	22
2.1. Obesidade na gravidez e consequências para a mulher e feto.....	22
2.1.1. Consequência da Obesidade materna na gravidez, Parto, Puerpério e recém- nascido	24
2.1.2. Intervenção do Enfermeiro de Família na Prevenção da Obesidade na Gravidez.	26
3. METODOLOGIA.....	28
3.1. Contextualização do estudo	28
3.2. Tipo de estudo.....	28
3.3. Questões de Investigação e objetivos.....	29
3.4. População e Amostra	30
3.5. Procedimentos de Colheita de Dados.....	30
3.6. Considerações éticas	33
3.7. Procedimentos de análise dos dados	34
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	35
4.1. Caraterização sociodemográfica das participantes	35
4.2. Caraterização clinica da amostra	36
4.3. Caracterização clinica dos Recém- Nascido.....	42
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
6. CONCLUSÕES DO ESTUDO	47
6.1. Síntese dos principais resultados.....	47
6.2. Limitações do estudo	48
6.3. Implicações para a prática e trabalho futuro	48

7. SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS.....	59
ANEXO I – PLANO DA SESSÃO, SESSÃO APRESENTADA E PANFLETOS INFORMATIVOS	
ANEXO II – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DA USF LA SALETTE E DO ACES ENTRE DOURO VOUGA II – AVEIRO NORTE PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO	
ANEXO III – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS NORTE PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO	
ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DA PARTICIPANTE NO ESTUDO	

Lista de Tabelas

Tabela 1: Ganho de Peso recomendado de acordo com o IMC materno pré-concepcional.....	23
Tabela 2: Critérios de definição da variável “Ganho Ponderal”	33
Tabela 3: Caracterização das participantes, (n=60)	35
Tabela 4: Antecedentes familiares da amostra, (n=60).....	36
Tabela 5: Caracterização dos antecedentes obstétricos, (n=60)	37
Tabela 6: Caracterização do IMC pré-concepcional (n=60)	38
Tabela 7: Estatística descritiva do peso pré-concepcional e a 12ª semana de gestação, (n=60).....	38
Tabela 8: Resultados relativos ao Ganho Ponderal durante a gravidez, (n=60).....	39
Tabela 9: Relação do IMC Pré-concepcional e do Ganho Ponderal, nas grávidas no final da gravidez (n=21)	41
Tabela 10: Dados antropométricos do recém-nascido (n=21)	42

Lista de Figuras

Figura 1: Mapa do concelho de Oliveira de Azeméis.....	7
Figura 2: Pirâmide Etária dos utentes inscritos na USF LS em dezembro de 2015.....	8
Figura 3: Descrição do IMC Pré-Concepcional e o IMC 12 ^a semana (n=60)	39
Figura 4: Progressão do IMC (n=21).....	40
Figura 5: Complicações no decurso da gravidez (n=60)	41
Figura 6: Índice de Apgar ao 1 ^o Minuto e ao 5 ^o Minuto	42

INTRODUÇÃO

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), enquanto base do Sistema Nacional de Saúde (SNS), têm como pressupostos a proximidade, a continuidade, a sustentabilidade, a prevenção da doença, o tratamento e a reabilitação. Estes cuidados de saúde, inicialmente concentrados nos Centros de Saúde, foram na última década objeto de transformações significativas resultantes da forma como estes se estruturam e como oferecem aos cidadãos os seus serviços. A reorganização destes CSP em Agrupamentos de Centros de Saúde permitiu a rentabilização de recursos, dentro das unidades que compõem a atual configuração, Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizadas (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Saúde Pública (USP) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (Miguel & Sá, 2010). As USF oferecem um conjunto de cuidados personalizados, globais, integrados, permanentes e continuados aos indivíduos e família, sendo esta entendida como uma referência fundamental para o indivíduo (Decreto-Lei-28/2008, 2008; Subtil, 2009; USF LS, 2015).

Acompanhando estas transformações também o exercício profissional dos enfermeiros foi evoluindo no sentido de dar resposta às novas organizações e sobretudo às expectativas dos indivíduos e famílias. Sustentada por uma forte evidência científica a prática de enfermagem, conduz à procura constante de atualização de conhecimentos e de práticas, para intervir junto dos indivíduos, família e comunidade, dentro dos padrões de qualidade, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, obtendo assim maiores ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Nos dias de hoje, é consensual que, o contexto familiar tem a capacidade de se (re)organizar perante as mais diversas situações de transição de saúde/doença, como o nascimento de novos membros ou perante o envelhecimento e a perda de outros, sendo reconhecido como a mais constante unidade de saúde para os seus membros e apresentando-se, assim, como um potencial de ajuda na prevenção da doença e na manutenção e recuperação da saúde dos seus elementos (Figueiredo, 2012).

Nesta circunstância, o foco da prática de enfermagem foi ajustado passando a ser direcionado para a família enquanto sistema, surgindo assim a figura do Enfermeiro de Família como elemento importante no seio da equipa multidisciplinar (DGS, 2012a; Ministério da Saúde, 2012).

Foi nesta busca por novos conhecimentos e pelo desenvolvimento de novas competências que se iniciou o percurso neste Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, no qual se integra um estágio, na USF La Salette (USF LS), do qual apresentamos aqui o Relatório que tem como objetivo transmitir, de forma crítico-reflexiva, o caminho percorrido ao longo do estágio, explicitando as atividades e as competências desenvolvidas. Sendo ainda objetivo deste estágio

a realização de um estudo empírico, sobre uma temática que fosse pertinente, atualizada e contextualizada na unidade de saúde.

Na preparação para este estágio pudemos constatar o aumento da prevalência da obesidade, sobretudo nas jovens que, a curto prazo se tornam adultas e por consequência podem engravidar. A preocupação com a obesidade na gravidez está cada vez mais presente, nos contextos de cuidados de saúde na medida em que a mesma pode estar associada a um conjunto de complicações, maternas e fetais (Gadelhas, Cercato, Mancini, & Geloneze, 2010). Neste contexto surgiu o estudo empírico com vista à caracterização das mulheres grávidas, que frequentavam as consultas de vigilância de Saúde Materna na USF LS e que enquadra a vigilância das mulheres com uma gravidez sem risco ou com baixo risco (DGS, 2015b).

Os cuidados de enfermagem desenvolvem-se numa abordagem ao longo do ciclo vital onde é dado ênfase aos processos adaptativos, nomeadamente na gravidez e a transição para a maternidade. O Enfermeiro de Família tem um papel fundamental no desenvolvimento de atividades que maximizem as capacidades e os recursos dos indivíduos e famílias nos processos de transição, nomeadamente ao nível da educação para a saúde. Assim o Enfermeiro de Família deve sensibilizar as famílias em relação ao estilo de vida e comportamentos de risco, assim como fornecer-lhes apoio em matérias relacionadas com a saúde. O seu papel desenvolve-se ao longo de um contínuo de cuidados, incluindo a promoção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados a pessoas que estão doentes ou em estádios de final de vida (DGS, 2012a, 2015c; Silva, 2009; Subtil, 2009).

A pertinência da proposta deste projeto justifica-se pelo aumento da incidência da obesidade, sobretudo nos jovens, que atingem a idade fértil. Verificou-se que, em Portugal nas mulheres em idades compreendidas entre os 18-64 anos, a prevalência do excesso de peso foi de 38,1% enquanto 19,8% eram obesas, o que corresponde a 57,9% das mulheres tenham excesso de peso ou obesidade (Sardinha et al., 2012). Vários autores (Assunção, Melo, Gondim, Benício, Amorim & Cardoso., 2007; IOM, 2009; Silva, 2013), mencionam que a gravidez está associado ao excesso de peso, sendo que nos últimos anos a prevalência da obesidade nas mulheres em idade reprodutiva (20-39 anos) aumentou entre 19-38% (Flick et al., 2009).

A obesidade gestacional associada ao ganho ponderal excessivo durante a gravidez revela-se um problema atual. Assim, importa avaliar as mulheres quanto ao Índice Massa Corporal (IMC) e implementar medidas para o acompanhamento adequado, investir nas consultas de pré-concecionais e na educação para a saúde (DGS, 2015c; Gomes, Soares & Campos, 2013) para evitar as complicações maternas e fetais durante a gravidez, parto e puerpério e para o recém-nascido (DGS, 2006, 2015b; IOM, 2009).

Nos CSP o Enfermeiro de Família tem um papel ativo e preponderante na obtenção de ganhos em saúde através da avaliação, implementação e incentivo de medidas preventivas da obesidade ao longo do ciclo vital (Ferreira, 2011; Silva, 2013), mas com importância acrescida quando se trata da vigilância de saúde da mulher durante a gravidez.

Relativamente à estrutura deste trabalho o mesmo encontra-se estruturado em duas partes distintas. Na primeira parte apresenta-se à análise e reflexão críticas das atividades e competências desenvolvidas no âmbito do estágio na USF LS junto das famílias.

A segunda parte (Capítulo II) diz respeito ao estudo empírico, do qual se salienta o enquadramento teórico e a metodologia (onde se expõem o processo de investigação utilizada para o estudo), a apresentação e discussão dos resultados obtidos conclusões e finaliza-se com a síntese conclusiva de todo o relatório.

CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Este capítulo reúne um conjunto de informações referentes ao nosso estágio integrado na unidade curricular Estágio (área Enfermagem de Saúde Familiar) do 1º semestre do 2º ano, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, organizado por um consórcio de três Instituições de Ensino Superior, Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (UA), Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (UTAD) e Escola Superior de Saúde de Bragança (IPB), no ano letivo 2015/2016. Este estágio decorreu na USF LS, no período 15 setembro de 2015 a 5 maio de 2016. Tivemos como Supervisora a Enfermeira Catarina Moura, Especialista em Enfermagem Comunitária e como orientadora a Professora Doutora Marília Rua.

A USF LS situa-se no concelho de Oliveira de Azeméis e está integrada no Agrupamento de Centros de Saúde Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte (ACeS EDV II) da Administração Regional Saúde (ARS) Norte. A unidade de Saúde esta situada na freguesia de Oliveira de Azeméis, Concelho de Oliveira de Azeméis, na zona norte do distrito de Aveiro. A USF LS tem como modelo funcional uma equipa multidisciplinar prestadora de cuidados de saúde personalizados dirigidos à população inscrita da área geográfica abrangida pela USF, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados. Disponibiliza um conjunto de serviços aos residentes na união de freguesias de Macinhata da Seixa, Oliveira de Azeméis, Santiago de Riba-Ul, UL, Madail e São Roque (USF LS, 2015).

Tal como se observa na figura 1, o concelho de Oliveira de Azeméis, encontra-se limitado a Noroeste pelos municípios de S. João da Madeira e Santa Maria da Feira, a Nordeste pelo concelho de Arouca, a Este pelos concelhos de Vale de Cambra e Sever do Vouga, a Sul pelo concelho de Albergaria-a-Velha e a Oeste pelos concelhos de Estarreja e Ovar.

De acordo com os Censos 2011 (INE, 2011), residem no concelho 68611 habitantes, sendo 48,5% sexo masculino e 51,5 % do sexo feminino.

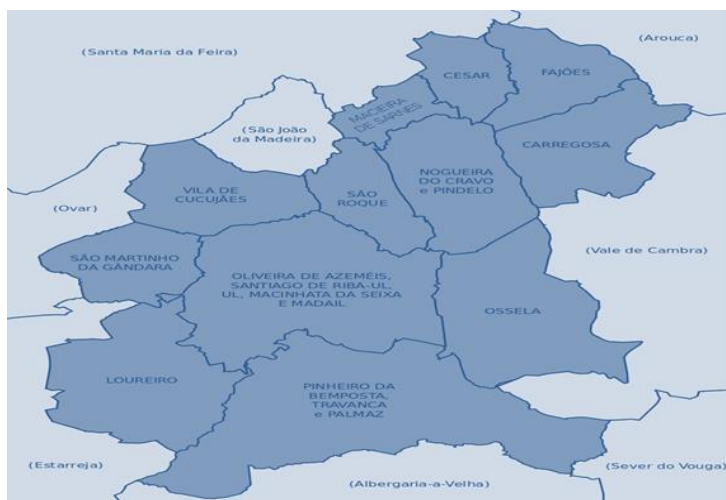


Figura 1: Mapa do concelho de Oliveira de Azeméis

(fonte: Wikipédia)

A USF LS foi criada em 14 de dezembro de 2009 como Modelo A, sendo que a partir do dia 27 outubro de 2015, foi sujeita a avaliação por parte da Entidades Reguladora da Saúde para candidatura ao Modelo B, pelo Despacho nº 6739-A/2016 (Ministério das Finanças e Saúde, 2016). Esta mudança permitiu uma maior acessibilidade, eficiência económica e da qualidade efetiva dos cuidados prestados à população.

Em termos de recursos de profissionais de saúde é constituída por: 7 enfermeiros (5 enfermeiras generalistas, 1 enfermeira especialistas em Enfermagem Comunitária e 1 enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica); 7 Médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar; 1 Médica interna da especialidade de Medicina Geral e Familiar e 5 Secretárias Administrativas. Em 31 de dezembro de 2015, a USF LS, tinha inscritos 11625 utentes, que se encontram distribuídos por grupos etários conforme podemos observar na

Figura 2:

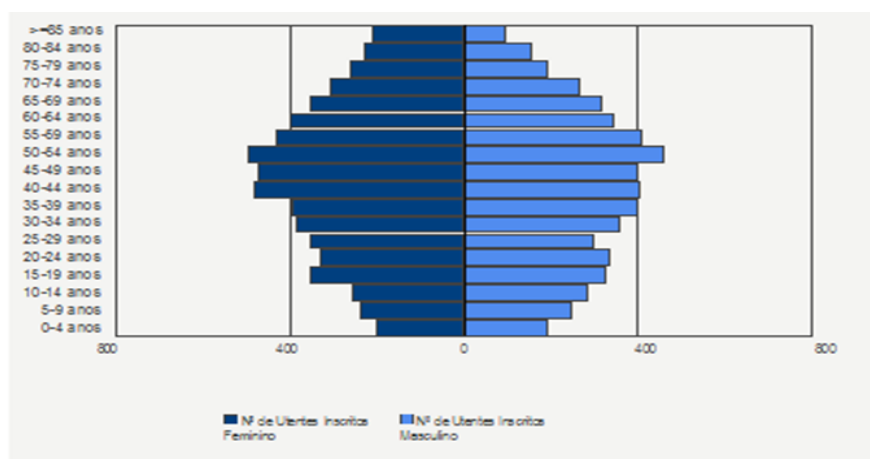


Figura 2: Pirâmide Etária dos utentes inscritos na USF LS em dezembro de 2015

(Fonte: USF LS, 2015)

A análise que fazemos da população da área de abrangência da USF é semelhante à análise da população de Portugal, na região Norte. A pirâmide etária, pelo estreitamento da base, evidencia uma baixa da natalidade e o alargamento no topo, exprime um aumento do número de idosos e consequente aumento na esperança média de vida (INE, 2011).

Os serviços de saúde prestados aos utentes são abrangentes integrando diversos programas propostos no plano de ação apresentado para o biénio 2015-2017:

- Vigilância, promoção da Saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida: Programa de Saúde da Mulher (Planeamento Familiar e Saúde Materna); Programa de Saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente; Programa de Saúde do adulto e do idoso; Aplicação do Programa Nacional de Vacinação;
- Cuidados em situação de doença aguda;

- Acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla, como é o caso do programa de vigilância Diabetes Mellitus e da hipertensão arterial;
- Cuidados no domicílio: Visita domiciliária ao Recém-Nascido e à Puérpera e visita domiciliária à população que esteja impossibilitada de se deslocar a USF;
- Interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de “gestor de saúde” do cidadão (USF LS, 2015).

Desta forma, propõem-se atingir uma proporção de consultas realizadas pelo Enfermeiro de Família, de pelo menos 80% em 2017 (USF LS, 2015).

No âmbito do nosso estágio de natureza profissional, e de acordo com o Guia Orientador do mesmo (UA et al., 2015:4) os objetivos definidos foram:

- “ Cuidar a família como uma unidade de cuidados;
- Prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;
- Mobilizar recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;
- Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia;”

Estes objetivos estão subjacentes às competências a desenvolver durante este período e que, em síntese, se apresentam (UA, UTAD & IPB, 2015):

- Cuida a Família como Unidade de Cuidados:
 - o Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto organização, que lhe confere uma organização estrutural específica;
 - o Concebe a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital;
 - o Desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo.
- Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária secundária e terciária:
 - o Realiza avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutura desenvolvimento e funcionamento;
 - o Reconhece situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar;

- Realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.

Para além do já referido, este trabalho engloba ainda o estudo empírico realizado. O tema do estudo foi sendo delimitado ao longo do curso de Mestrado suscitado pelos temas abordados, pela pesquisa da literatura efetuada, sendo ainda uma área de interesse pessoal, e que, de alguma forma, se enquadrou nos objetivos da USF LS.

Numa fase inicial do estágio, comportou numa adaptação a uma realidade muito distinta em termos de contexto profissional, uma vez que a minha experiência profissional sempre foi a nível hospitalar. Tivemos assim a necessidade de conhecer a especificidade e o contexto em que os cuidados são prestados, para posteriormente agir sobre esta nova realidade, neste caso cuidados de saúde primários.

Durante o estágio configurou-se como uma meta, complementar os conhecimentos, desenvolver competências de intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar, permitindo uma intervenção mais aprofundada e direcionada a cada família. Com o intuito de tomar este aspeto consistente, no sentido de melhoria contínua de qualidade dos cuidados foi fundamental refletir partindo de um suporte norteador nomeadamente a nível das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista.

Nesta lógica, salientamos o trabalho efetuado no estágio neste processo de formação e desenvolvimento de competências, percurso iniciado em contexto académico, complementado com momentos de “autoformação”. A consecução dos objetivos propostos, durante os meses de estágio, numa perspetiva de complementaridade, constitui-se essencial para a operacionalização deste relatório, permitindo o enriquecimento pessoal e profissional.

Numa primeira fase do estágio, tivemos a oportunidade de ter contato com diversas famílias, nas suas diversas problemáticas e fases do ciclo vital diferenciadas.

Numa fase posterior, participamos de um modo geral em todas as atividades da USF, contudo fomos privilegiando as intervenções em famílias em que havia uma mulher grávida, com vista à realização do nosso trabalho empírico.

Considerando, como principal objetivo, o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da Saúde Familiar é de realçar que o desenvolvimento do conhecimento especializado é de vital importância. O delinear de um conjunto de atividades de formação, pesquisa e prestação de cuidados às famílias na comunidade, possibilitou-nos a compreensão da realidade, sistematizando os conhecimentos adquiridos para uma intervenção mais adequada.

Salientamos ainda o planejamento e realização de duas sessões distintas de educação para a saúde, na qual se pretendia a participação das grávidas e família nuclear, que frequentam o Programa de Saúde Materna na USF LS, intitulada “A importância de uma gravidez saudável”¹.

¹ Encontra-se em anexo o Plano da sessão, a lista dos participantes, a sessão apresentada e os panfletos informativos disponibilizados após a sessão.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O estágio é um lugar privilegiado para a implementação de atividades que contribuem para o desenvolvimento pessoal, profissional e académico, através do contato com novas realidades e inter-relacionamentos com enfermeiros e outros profissionais de saúde, inseridos na procura ativa do processo de ensino e aprendizagem (Abreu, 2001; Rua, 2011).

O desenvolvimento de estratégias e atividades aliadas à aquisição de competências propostas pelo plano de estudos e continuidade de uma prática de cuidados, baseada na evidência, contribui para um caminho de formação especializado, indo ao encontro das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, regulamentada pela Ordem dos Enfermeiros (2015b), pelo Regulamento n.º 367/2015, dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar.

Assim, torna-se imprescindível uma reflexão sobre o desenvolvimento de competência em contexto de estágio, bem como a exploração dos significados atribuídos às mesmas.

Transpondo para esta realidade a perspetiva de Schön (2000), a base da aprendizagem em contexto de estágio assenta na reflexão das práticas sobre os dados observados e vividos, o que conduz à construção do conhecimento na ação, segundo a metodologia de aprender a fazer fazendo (Alarcão, 1996). Desta forma o estudante deverá assumir um papel ativo e responsável pela sua formação, adquirindo autonomia para agir e responder aos desafios crescentes da profissão (Simões, Alarcão & Costa, 2008).

Os mesmos autores (2008) afirmam que é no encontro com os utentes e famílias assim como com o contexto de trabalho “que o futuro profissional se apropria de saberes e desenvolve habilidades, capacidades e competências pessoais e profissionais que os habilitam a tomar decisões, resolver problemas e agir de acordo com os princípios e valores fundamentais da profissão de enfermagem” (p.4).

Após este enquadramento começamos por refletir sobre as duas primeiras unidades de competência a desenvolver com este estágio - *Reconhecimento de complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização; Conceção da família como unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital.*

O contexto de estágio proporciona um contato com diferentes indivíduos, inseridos numa família e consequentemente numa comunidade. A família como unidade caracteriza-se essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade. Como refere Houck & Kodalek (2005) a família é considerada como um conjunto de indivíduos ligados por relações, em permanente interação com o exterior, constitui-se como um grupo complexo com funções sociais definidas.

A família como sistema que é e, há semelhança de um conjunto de organismos vivo, sofre um processo de desenvolvimento e uma sequência previsível de transformação na organização familiar. Este processo de mudança decorre no sentido da sua evolução e complexidade, em função do cumprimento de tarefas bem definidas, que compõem as etapas do ciclo vital. (Relvas, 1996). A família deve ser compreendida somente dessa forma holística, sob pena de se realizar uma avaliação desvirtuada e sem sentido. A família possui características únicas que a torna diferente de todas as outras (Barbieri et al., 2010; Figueiredo, 2012; Relvas, 1996). Segundo Queiroz (2009:15) “(...) é preciso que os profissionais reconheçam o impacto da doença de um membro em toda a família, tendo em conta as características da doença, mas também as características da família”.

No decurso do estágio fomos observando a complexidade das diferentes famílias de quem cuidámos, não só pela singularidade de cada elemento e de cada família, como também pelas diferentes fase do ciclo vital e pelas diversas dinâmicas que apresentavam. Esta singularidade exigiu assim uma adequação dos cuidados a prestar a cada indivíduo/família em cada momento.

Tal como referem os diferentes autores (Figueiredo, 2012; Houck & Kodalek, 2005; Lancaster & Stanhope, 1999; Pereira, 2007, 2010), o indivíduo insere-se em variadas estruturas, mecanismos e organizações em distintas fases do ciclo vital. Consequentemente é pertinente descortinar o conceito de família à luz do pensamento sistémico. Segundo Queiroz (2009) citando Wright e Leahey (2000) e Duhamel (1995) a abordagem sistémica reconhece a relação entre a dinâmica familiar e a problemática de saúde/doença. A dinâmica familiar influencia a evolução da doença e esta por sua vez, influencia a dinâmica familiar, que irá interferir na evolução da doença num processo ao longo do tempo, estes aspetos foram tidos em conta aquando da prestação de cuidados aos diferentes indivíduos e famílias.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS) (DGS, 2012a; Ministério da Saúde, 2012) reforçámos a importância da contribuição da Enfermagem e colocámos especial ênfase nas intervenções dirigidas à família ao longo do ciclo vital, desde o nascimento até a morte, incluindo a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação a e prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontrem nos estádios terminais de vida, agindo sempre que possível como agente facilitador para que os indivíduos e famílias desenvolvam competências para gerir os seus recursos (Ordem dos Enfermeiros, 2015b; Wright & Leahey, 2002). Esta forma de atuação vai ao encontro da perspetiva de cuidados centrados na família que tem como objetivo a promoção da saúde através da mudança, de forma a “criar novas formas de interação para lidar com os fenómenos de saúde e de doença, dando novos significados para as suas experiências” (Queiroz, 2009:20).

Assumindo que o Enfermeiro de Saúde Familiar é um profissional privilegiado na prestação de cuidados nas diferentes fases de vida ao nível da prevenção primária, secundária, terciária e quaternária. Neste estágio as intervenções realizadas nestas áreas forma sobretudo: Consultas de Vigilância de Saúde Materna, Consultas de Planeamento Familiar, Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, Consultas do Adulto e do Idoso com incidência na vigilância de

Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus. Nestas consultas as intervenções centraram-se na avaliação do estado de saúde/desenvolvimento de cada indivíduo/família, na realização de tratamentos e educação para a saúde.

Tendo em conta que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar deverá ter um conhecimento profundo da dinâmica e processo familiar, ao longo do estágio percebemos que a abordagem familiar deve ser refletida e cientificamente adequada, ao contexto social e familiar, respeitando as concepções, crenças e valores pessoais. Para tal, foi preciso saber ouvir, explorar o entendimento e potencializar os recursos familiares para a promoção da saúde, além de realizar avaliações e intervenções familiares refletidas na história e contexto familiar. Numa crise, como é o caso de doença, significa muitas vezes conviver com limitações e desgastes no quotidiano familiar, dada a reestruturação que esta implica na mesma, o que vem dificultar a convivência com a pessoa doente e repercutindo-se negativamente sobre a saúde dos familiares mais próximos.

A terceira unidade de competência inerente ao estágio diz respeito ao - *Desenvolvimento do processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo*. Assim neste âmbito, concentrámos as nossas atividades sobre o Programa de Saúde Infantil e Juvenil e o Programa de Saúde Materna.

A infância é um período da vida em que surgem várias modificações físicas e psicológicas que caracterizam o crescimento e desenvolvimento da criança. As consultas de vigilância de saúde infantil são momentos únicos para despistar possíveis problemas que possam interferir negativamente com o desenvolvimento psicomotor e físico da criança/jovem, assim como deteção de défice de conhecimento das mesmas e sua família.

No âmbito da consulta de enfermagem de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil tivemos a oportunidade de desenvolver atividades de planeamento, execução, avaliação, registo, e marcação de consultas obedecendo ao processo de enfermagem, seguindo as linhas orientadoras do programa, definidas DGS (2012b) tendo em vista a obtenção contínua de ganhos em saúde.

Assim nestas consultas avaliámos o crescimento e desenvolvimento da criança, baseado nas fichas de desenvolvimento de Mary Sheridan, estimulámos a promoção da saúde e a adoção de comportamentos adequados relacionados com a nutrição, ajustados às diferentes idades e às necessidades individuais, incentivámos ao aleitamento materno e promovemos comportamentos alimentares equilibrados. Facilitámos ainda a consciencialização dos pais para a adoção de medidas de segurança, reduzindo o risco de acidentes e intoxicações. Detetámos precocemente e encaminhámos situações que afetam a qualidade de vida da criança, nomeadamente malformações congénitas, perturbação da visão e problemas dentários. Reforçámos o papel dos pais e outros cuidadores, como os avós, na importância que possuem no desenvolvimento saudável da criança.

Ainda neste âmbito, sempre que foi oportuno promovemos a parentalidade o mais precocemente possível, visto que, enquanto Enfermeiro de Família, atuamos antes do nascimento da criança, aproveitando as consultas de Vigilância de Saúde Materna. Após o nascimento da criança este trabalho é continuado com a Visita Domiciliária à Puérpera e Recém-nascido assim como nas consultas de Vigilância de Saúde Infantil. Aquando o nascimento e após a alta hospitalar realizámos a visita com a finalidade de identificar as necessidades parentais, promovemos e apoiamos o aleitamento materno e conhecemos o ambiente e recursos da família, podendo desta forma adequar a prática à sua individualidade.

Neste nova fase de transição do ciclo da vital da família, é importante realizar a avaliação da dinâmica familiar e a rede de suporte familiar, para esclarecermos dúvidas e inseguranças que surjam bem como o despiste da depressão pós-parto na mãe. Com a Visita Domiciliaria à Puérpera e Recém-nascido faz todo o sentido, uma vez que visa a intervenção adequada do enfermeiro para contribuir para um melhor desempenho parental, para a continuidade da relação entre a mãe/recém-nascido/pai.

No que diz respeito ao Plano Nacional Vacinação (PNV), este é um programa acessível e gratuito a todas as pessoas que se encontram em Portugal, que tem como finalidade a diminuição da mortalidade provocada pelas doenças infetoc contagiosas e consequentemente ganhos em saúde. Sendo o Enfermeiro de Família, o profissional de saúde com o contato mais próximo das famílias, aproveitámos todas as oportunidades para fazer a divulgação do PNV, motivar as famílias à adesão ao mesmo, aproveitando todas os momentos para vacinar. Neste propósito fizemos a sensibilização das famílias para importância da imunização, realizámos ensinios acerca das vantagens da vacinação e riscos da não adesão, através do contato direto na unidade de saúde, por convocação por carta, telefone ou até pela visita domiciliária. Todos os momentos de contato com crianças/ jovens com PNV em atraso foram aproveitados para a vacinação dos mesmos.

No âmbito da educação para à saúde elaboramos panfletos informativos sobre “Sexualidade na Gravidez”, “Alimentação Saudável na Gravidez” e “Visita Domiciliaria ao Recém-nascido e Puérpera – Para quê?” e realizámos duas sessões de educação para a saúde, mais estruturadas e em grupo direcionadas às grávidas acompanhadas na USF LS na consulta de Saúde Materna, intituladas “A Importância de uma Gravidez Saudável”. Estas tinham como finalidade sensibilizar para a importância de uma gravidez saudável através de uma alimentação saudável e equilibrada, alertar para as boas práticas na escolha e confeção de alimentos, para a prática de exercício físico².

A quarta unidade de competência em desenvolvimento centrou-se na - *Avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões da estrutura, do desenvolvimento e do funcionamento*. Neste âmbito procurámos aqui dar importância à Visita

² Encontra-se em anexo o panfletos informativos.

Domiciliária à Puérpera e Recém-nascido e Visita Domiciliária, a outros utentes de forma mais global.

Em relação ao desenvolvimento do trabalho desta unidade de competência queríamos salientar que foi realizado o estudo de uma família, tendo por base o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e respetiva matriz nas suas três dimensões- estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012). Desta forma interagimos com a família em estudo através de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar, que nos permitiu congregar informação, conjugar dados sobre a família, visando a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, objetivos e planeamento de intervenções.

Mais centrada na Visita Domiciliária, foi aí que pudemos avaliar, in loco, as condições ambientais e físicas em que vive a família, procurando prestar assistência com a implementação de medidas personalizadas ao individuo e a família (Silva, 2009).

Na USF LS encontra-se implementado a Visita Domiciliária à Puérpera e Recém-nascido, que vai de encontro do plano de ação da USF LS (USF LS, 2015), enquanto plano de melhoria para a implementação do modelo B. Esta tem como finalidade a promoção da parentalidade, contribuindo assim para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida das puérperas, recém-nascido e respetiva família. Está em consonância com as orientações da DGS (2015c), que recomendam a visita nos primeiros dias após a alta hospitalar.

A transição para a parentalidade é um processo marcado por mudanças e dificuldades das puérperas/casal em responder às necessidades do recém-nascido. As visitas domiciliárias foram realizadas até ao 15º dia após o parto, com autorização dos pais, na qual foram abordados diversos temas. A receptividade desta atividade é elevada, mesmo em famílias que não experienciam a parentalidade pela primeira vez, de diferentes extratos sociais, diferentes idades, denota-se que todos manifestam dificuldades, dúvidas, questões, considerando no final da visita pertinente a vigilância por parte de enfermagem.

Da reflexão salientamos que na Visita Domiciliária o enfermeiro é um elemento ativo na equipa multidisciplinar, sendo um elemento de referência e gestor de cuidados, possibilitando a articulação e parcerias com os restantes elementos da equipa. Neste contexto a Visita Domiciliária surge como uma oportunidade de avaliação do meio físico, familiar e social e sempre que foi oportuno dirigimos a mesma para a educação para a saúde e para a consciencialização dos utentes, para uma mudança de comportamentos realizada a partir de novas convicções que foram sendo adquiridas pelas famílias e comunidade.

Estas visitas promoveram o nosso desenvolvimento pessoal e profissional nas relações interpessoais com a família. As famílias têm todas elas características diferentes, não só pela fase do ciclo de vida da família, mas também porque cada uma tem a sua funcionalidade e as duas dinâmicas. Por exemplo, numa família com o recém-nascido é importante estimular os pais, pois

o foco de atenção não é só o recém-nascido mas também eles, pois muitas vezes centram-se no bebé e esquecem o bem-estar familiar.

Realizamos várias visitas domiciliárias com as famílias, a fim de perceber as suas dinâmicas e funcionamento. Fomos adaptando a cada uma delas, sendo umas mais recetivas que outras, pois as pessoas têm características e personalidades diferentes, nunca esquecendo as forças da família e de cada um dos membros individualmente, uma vez que cada família já tem estratégias desenvolvidas, e os recursos de cada uma delas. Definimos novas estratégias a fim de resolver problemas reais ou potenciais identificados. Atingimos a competência de realizar e avaliar intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.

As últimas duas unidades de competência a desenvolver neste estágio foram - *Reconhecer situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar e Realizar e avaliar intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.*

Relativamente a estas duas unidades de competências e convergindo as mesmas, tencionamos refletir sobre a existência do diagnóstico de uma doença crónica no sistema familiar, nomeadamente a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Os enfermeiros estão na vanguarda da modelação e promoção de mudanças significativas em relação às doenças crónicas, "Se cada um dos enfermeiros agir como modelo a seguir, bem como educadores e agentes de mudança na família no sentido de promover estilos de vida mais saudáveis, podem em conjunto ajudar a conter a vaga de doenças crónicas" (Ordem dos Enfermeiros, 2010:62). Com o desenvolvimento de competências aptas para a tomada de decisão, verifica-se uma maior eficácia das ações de planeamento e de controlo dos problemas de saúde (gestão dos processos de desenvolvimento da saúde e doença crónica) (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

São diversas as competências exigidas aos enfermeiros para prevenir e gerir as doenças crónicas, que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), destacamos o reconhecimento de oportunidade e disponibilidade de orientações/educações ao indivíduo, família e comunidade para incentivar a adoção de estilos de vida mais saudáveis; selecionámos as estratégias de ensino apropriadas às necessidades dos mesmos; incorporámos na prática uma perspetiva que tenha em consideração os múltiplos determinantes de saúde e em conjunto com outros profissionais de saúde melhorar os serviços prestados.

Durante o estágio realizámos diversas consultas de vigilância da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Nestas consultas monitorizámos os valores da tensão arterial, peso e o Índice de Massa Corporal. Quando oportuno e necessário realizamos avaliação da hemoglobina glicosada e glicemia capilar. Efetuámos ensinamentos na promoção de estilos de vida saudável, nomeadamente sobre vigilância da alimentação e exercício físico e incentivámos a adesão ao regime terapêutico.

Realizámos rastreios e ensinos sobre o pé diabético, sobre a autovigilância da glicose entre outras intervenções que se consideravam oportunas em cada momento.

A saúde é vista como a dinâmica de equilíbrio mantido entre os sistemas, por exemplo a família/ indivíduo e o ambiente. Os sistemas vão-se alterando e desenvolvendo ao longo do tempo, são portanto dinâmicos. Como tal, o “trabalho do Enfermeiro de Saúde de Família deverá ser uma atividade interativa, onde a família e o enfermeiro formam uma parceria” (Queiroz, 2009:18). Assim sendo o objetivo das atividades do enfermeiro é estimular ao longo do tempo o equilíbrio familiar, de forma a saber lidar com fatores causadores de doença.

O Estágio permitiu-nos o desenvolvimento de ações e formações, na qual pretendemos refletir acerca da organização, gestão do trabalho de enfermagem, para que o processo global de formação seja um “processo contínuo de problematização das práticas profissionais e de desenvolvimento de competência, tendo em vista a transformação pessoal, profissional e do contexto do trabalho”(Sá-Chaves, 2005:177). Assim sendo, todos os intervenientes construam uma relação de cooperação para que as capacidades criativas, relacionais e transformativas, que implicam a globalidade da pessoa, com a intervenção próxima da família/utente/enfermeiro. Pretendemos rentabilizar a ação de todos os intervenientes e desenvolver sinergias, com a família e a comunidade, no sentido de assegurar e otimizar a vigilância adequada da saúde.

Em síntese, a família é o contexto que potencia mudanças de comportamento e a evolução da saúde, pelo que faz sentido ser aí o palco privilegiado da atuação do enfermeiro, organizado em função das necessidades dos mesmos. Aprimorar o foco de atenção de acordo com as necessidades e prioridades potencializa os recursos de enfermagem, “Não se obtêm nunca coisas novas, se nos mantivermos sempre a fazer as mesmas coisas”. (Ordem dos Enfermeiros, 2002:167)

CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

No contexto de estágio clínico na USF LS foi realizado estudo empírico intitulado “Obesidade na Gravidez: um estudo na USF La Salette”.

A pertinência da proposta deste projeto justifica-se pelo aumento da incidência da obesidade, sobretudo nas jovens, que atingem a idade fértil. Em Portugal não temos dados específicos sobre a obesidade da mulher nesta fase, contudo estima-se que, nas mulheres em idades compreendidas entre os 18-64 anos, a prevalência do excesso de peso é de 38,1% enquanto 19,8% eram obesas, o que corresponde a 57,9% das mulheres tenham excesso de peso ou obesidade (Sardinha et al., 2012). Vários autores, (Assunção et al., 2007; IOM, 2009; Silva, 2013) referem que a gravidez está associada ao excesso de peso, sendo que nos últimos anos a prevalência da obesidade nas mulheres em idade reprodutiva (20-39 anos) aumentou entre 19-38% e está associada ao ganho ponderal excessivo durante a gravidez (Flick et al., 2009).

Assim, importa avaliar as mulheres, nesta fase, quanto ao Índice Massa Corporal (IMC) por forma a obter dados que permitam implementar medidas para um acompanhamento adequado, investindo nas consultas de vigilância de gravidez e na educação para a saúde para evitar as complicações durante a gravidez, parto e puerpério e para o feto (DGS, 2006, 2015c; Gomes et al., 2013; IOM, 2009).

De acordo com os diversos estudos as mulheres obesas em idade fértil têm uma maior prevalência de amenorreia e infertilidade, para além de que, após a concepção, a obesidade pode desencadear ou agravar doenças como a Hipertensão Arterial, Diabetes Gestacional, fenómenos tromboembólicos, infeções urinárias, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, malformações fetais, parto pré-termo, entre outras. No entanto, estas complicações e as suas consequências podem ser prevenidas precocemente se identificadas as situações de risco (DGS, 2015c; Gomes et al., 2013; Nomura, Paiva, Costa, Liao & Zugaib., 2012).

A gravidez é uma oportunidade para a implementação de intervenções nomeadamente na modificação dos hábitos e comportamentos que se prolongam ao longo do ciclo vital da mulher, da criança e de todo o agregado familiar. São exemplo a modificação de hábitos alimentares, o exercício físico, a cessação tabágica e de consumo de substâncias psicoativas. Este pressuposto de base ao estudo está em convergência com o que é referido no Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015a).

No sentido de melhorar as práticas de enfermagem, relativamente à vigilância de saúde da mulher grávida, na USF LS, emergiam como objetivos deste estudo: Analisar o ganho ponderal durante a gravidez de acordo com as recomendações da DGS (2015 c); Caracterizar o tipo de parto, da amostra do estudo; Caracterizar o Recém-nascido quanto ao tempo de gestação e aos dados antropométricos.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“A saúde começa em casa, na família, na comunidade e na sociedade.”

Um Futuro para a Saúde. Gulbenkian, 2014

Segundo o PNS 2012-2016 (2012:5) “(...) evidências de benefícios para a saúde a longo prazo através de intervenções de planeamento e acompanhamento da gravidez, preparação para a parentalidade; estilos de vida saudáveis da grávida, preparação para o parto; amamentação e imunização”. Nesta linha de pensamento, constata-se que as USF são unidades de saúde privilegiadas para acompanhar a mulher/família, durante a gravidez e nesse âmbito desenvolver sessões de educação para a saúde, promotoras de ganhos em saúde tanto para a mulher grávida e puérpera como para o feto e recém-nascido.

2.1. Obesidade na gravidez e consequências para a mulher e feto

Durante a gravidez o organismo da mulher sofre diversas alterações físicas, fisiológicas e psicológicas, para que garanta um desenvolvimento fetal adequado (Lowdermilk & Perry, 2008). Estas alterações devem ter em conta o ganho de peso fisiológico inerente à gravidez, sendo que este compreende crescimento fetal, líquido amniótico, placenta, tecido mamário, aumento do volume de sangue e tecido adiposo (Assunção et al., 2007; IOM, 2009; Silva, 2013).

Desta forma, o estado nutricional inicial pré-concepcional e o ganho ponderal gestacional tem implicações diretas na saúde da mulher e do feto. São complicações relacionadas com ganho ponderal inadequado, mais diretamente relacionado com as mulheres obesas, infertilidade devido a síndrome dos ovários policísticos, Diabetes Gestacional, Hipertensão Arterial, macrosomias, sofrimento fetal, trabalho de parto prolongado, cesariana, restrição de crescimento intra-uterino e prematuridade (Assunção et al., 2007, Erick, 2010, IOM, 2009).

No sentido de reduzir as complicações maternas relacionadas com o ganho de peso inadequado, o *Institute of Medicine* (IOM) publicou em 2009 normas e orientações específicas, para o ganho ponderal desejável de acordo com o IMC. Esta norma foi assumida pela Direção Geral de Saúde, DGS (2015c) (Tabela 1) e estabelece uma proposta de aumento de peso durante a gravidez para cada classe de IMC, de acordo com o melhor interesse para a saúde da mulher e feto. Reconhece ainda que o peso pré-concepcional é um dos principais determinantes do ganho ponderal, assim sendo, recomenda que, o ganho de peso ideal seja avaliado em função do estado nutricional inicial da gravidez, sendo este definido de acordo com as categorias de IMC (Assunção et al., 2007). Esta norma pode ser aplicada em países desenvolvidos em que estão disponíveis cuidados obstétricos adequados (Moreira, Costa, Ferreira, & Silva, 2015).

A avaliação do IMC e o ganho ponderal da mulher durante a gravidez é um procedimento de baixo custo, podendo assim estabelecer intervenções visando a redução de risco materno e fetal (Gonçalves, Mendoza-Sassi, Cesar, Castro, & Bortolomedi, 2012).

Tabela 1: Ganho de Peso recomendado de acordo com o IMC materno pré-concepcional

Estado Nutricional da mulher antes de engravidar	Ganho de peso durante a gravidez	Ganho de peso médio por semana para o 2º e 3º trimestre
Baixo peso IMC <18,5	12,5 Kg – 18 Kg	Cerca de 0,5 kg por semana
Peso Normal $18,5 \leq \text{IMC} \leq 24,9$	11,5 Kg - 16 Kg	Cerca de 0,4 kg por semana
Excesso de Peso $25,0 \leq \text{IMC} \leq 29,9$	7 Kg – 11,5 Kg	Cerca de 0,3 Kg por semana
Obesidade IMC ≥ 30	5kg – 9 Kg	Cerca de 0,2 kg por semana

Nota: *Para o 1º trimestre, espera-se um aumento de peso total de 0,5 a 2kg (Fonte: DGS, 2015:40)

A avaliação do IMC deve fazer parte, das intervenções de enfermagem em consultas da vigilância de saúde da mulher, mas torna-se ainda mais importante no âmbito das consultas de planeamento familiar, nas mulheres que pretendam engravidar, sobretudo naquelas que se desviam do padrão de IMC correspondente a um estado peso normal ($18,5 \leq \text{IMC} \leq 24,9$).

Nos casos em que a mulher recorre aos serviços de saúde depois de confirmada a gravidez é importante que essa avaliação seja feita na primeira consulta e desde logo a mulher seja informada sobre a importância da vigilância do ganho ponderal. As grávidas que ganham peso dentro dos limites propostos pela DGS (2015c) têm menor probabilidade de ter filhos nos extremos de peso para a idade gestacional. Segundo Abecasis (2015), cerca de 2/3 das grávidas ganham mais peso que o recomendado, o que leva a complicações durante a gravidez para além de contribuir para a retenção de peso no pós-parto, e assim, ser passível desenvolver obesidade e ter complicações a médio e longo prazo.

O ganho ponderal durante a gravidez está diretamente relacionado com atividade física, (prática de exercício físico regular) alimentação (ajustada às necessidades de cada fase da gravidez), contexto social, cultural e ambiental (IOM, 2009; Thangaratinam et al., 2012).

A obesidade e o ganho excessivo de peso materno acarretam complicações que variam desde os efeitos na fertilidade e gestação, até aos efeitos no parto e pós-parto. No entanto, há

complicações que não se limitam somente à mãe e que afetam também o feto/ recém-nascido, estendendo-se, por vezes, até a fase adulta (Silva, 2013).

No entanto, podemos combater a obesidade com a adoção de estilos de vida saudáveis. Isto inclui uma alimentação saudável, a prática de exercício físico, absentismo de tabaco e álcool durante a gravidez (DGS, 2015, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

No que se refere a uma alimentação saudável é importante explicar o conteúdo dos rótulos no momento da compra dos alimentos, explicar formas de cozinhar saudáveis, incentivar a readquirir o hábito do consumo de sopa, fruta, leguminosas (DGS, 2015; Lavinha, 2006)

No que se refere à prática de exercício físico durante a gravidez, o principal objetivo está relacionada com o controlo do peso, prevenção da Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, correção de alterações posturais com a melhoria da autoestima e do humor sendo também facilitador do trabalho de parto e da recuperação após a gravidez (Santos, 2015). O incentivar o exercício físico como uma simples caminhada pode ser fundamental para a manutenção de um peso apropriado (Lavinha, 2006).

No que se refere ao consumo de álcool, tabaco e substâncias psicoativas pode provocar atraso de crescimento fetal, mortalidade perinatal, pré-eclâmpsia, parto pré-termo, baixo peso ao nascer (Santos, 2015). A cessação destas substâncias durante a gravidez é promotora para levar a cabo uma gravidez saudável.

2.1.1. CONSEQUÊNCIA DA OBESIDADE MATERNA NA GRAVIDEZ, PARTO, PUERPÉRIO E RECÉM-NASCIDO

Os diferentes estudos realizados nas últimas décadas indicam que a obesidade materna na gravidez está subjacente a um conjunto de complicações para a mulher e para o feto/recém-nascido com implicações ao nível das taxas de morbilidade materna e perinatal, nomeadamente com aumento: Diabetes Gestacional, Hipertensão Arterial, pré-eclâmpsia, doença tromboembólica, parto pré-termo, rotura prematura de membranas, descolamento de placenta normalmente inserida, cesarianas (riscos inerentes a uma intervenção cirúrgica), infeções; alterações congénitas, traumatismos de parto, macrosomia (Arrowsmith, Wray & Quenby, 2011; Gunatilake & Perlow, 2011; Nomura et al., 2012). Destas complicações evidenciamos a Hipertensão Arterial e a Diabetes Gestacional por terem uma taxa de incidência elevada.

A gravidez pode induzir Hipertensão Arterial em mulheres normotensas ou agravar em grávidas com Hipertensão Arterial pré-existente à gestação, sendo esta a complicação mais comum, corresponde a uma percentagem entre 7% a 10% de todas as complicações na gravidez (Graça, 2004; Poole, 1999). A Hipertensão Arterial associada à gravidez constitui um dos principais fatores de mortalidade e morbilidade materna e perinatal. Esta pode ocorrer a partir do segundo trimestre da gravidez ou nas primeiras 24 horas após o parto (Graça, 2004; Poole, 1999).

Considera-se a existência de Hipertensão Arterial (na gravidez) quando um dos seguintes critérios está presente: em duas observações distintas, com espaço mínimo de 6 horas – pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg; pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg (Graça, 2004).

A Hipertensão Arterial induzida pela gravidez é considerada um dos sintomas da pré-eclâmpsia, sendo esta uma doença multissistémica predispondo a grávida a diversas complicações, desde coagulação intravascular disseminada, hemorragia cerebral, insuficiência hepática e insuficiência renal aguda (Poole, 1999). A obesidade na gravidez está associada a pré-eclâmpsia pelo que é importante a vigilância do peso, da tensão arterial da proteinúria.

No que se refere à Diabetes Gestacional, em Portugal, das grávidas que recorreram ao SNS no ano de 2014, observou-se um acréscimo de foi 6,7 %, comparativamente ao ano anterior. A prevalência aumenta com a idade das grávidas, atingindo os 16,5% nas mulheres com idade superior a 40 anos (Gouveia et al., 2015).

A Diabetes Gestacional define-se como uma intolerância aos hidratos de carbono, que é diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez (DGS, 2011a), sendo mais frequente a partir da 20ª semana de gestação. A obesidade e a gravidez são fatores que potenciam a resistência à insulina, logo o risco de Diabetes Gestacional nas grávidas aumenta linearmente com o aumento do IMC pré-concepcional (Correia, 2002). O IMC prévio e o ganho ponderal são preditivos do peso do recém-nascido à nascença, em mulheres com Diabetes Gestacional (Braz, Figueiredo, & Fonseca, 2013).

Os fatores de risco que podem ser preponderantes para a Diabetes Gestacional são a idade superior ou igual a 35 anos; obesidade materna, história familiar em primeiro grau de Diabetes Mellitus, macrossomia fetal anterior, multiparidade, dois ou mais abortos espontâneos, nados mortos ou morte parietal anterior sem causa definida (Jerónimo, 2011).

Nas mulheres obesas, com antecedentes de Diabetes Gestacional, há um risco duas vezes superior de desenvolver Diabetes Mellitus tipo II, no futuro, quando comparadas a mulheres com o mesmo antecedente, mas peso normal (Chu et al., 2008; Gadelhas et al., 2010).

A obesidade materna na gravidez pode implicar consequências negativas igualmente no parto e puerpério. No que diz respeito ao parto, a probabilidade de um parto prolongado é mais evidente nas grávidas com excesso de peso, sendo que a prevalência de cesarianas é maior, independente de complicações durante a gravidez e idade gestacional (Gadelhas et al., 2010; Lacerda & Leal, 2004).

Relação entre o IMC excessivo e o recurso a cesariana pelo facto de existir maior incompatibilidade feto-pélvica, pelo maior número de tecidos moles que reduz o canal para reduzir o stress fetal (Gonçalves et al, 2012). Os mesmos autores acrescentam ainda que quando comparadas a puérperas de peso normal, as puérperas obesas apresentam um maior risco de infeção puerperal (independente do tipo de parto). Por outro lado, apresentam maior dificuldade para amamentar.

Relativamente às consequências da obesidade materna para o feto e recém-nascido elas estão presentes, na medida em que os diversos estudos apontam para um aumento das complicações fetais, que podem ser ligeiras e transitórias, mas podem constituir uma ameaça à vida fetal nomeadamente, aborto, malformações congénitas, macrosomia, parto pré-termo, parto distócicos, (cesariana, forceps), traumatismos de parto (Clow, Bernier Barber, 2012; Gunatilake & Perlow, 2011; Masho, Bishop & Munn, 2013; Paiva et al., 2007).

Segundo Moura, Oliveira, Damasceno & Pereira (2010) as condições económicas, antecedentes familiares de doença, a alimentação revelam-se como de extrema importância para o risco de mortalidade e morbilidade materna e fetal.

2.1.2. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE NA GRAVIDEZ

De acordo com a Portaria n.º 8/2015, de 12 de janeiro (Ministério da Saúde, 2015: 374) enquadradora das competências do Enfermeiro de Família, “A intervenção do enfermeiro de família é centrada na resposta humana aos problemas de saúde ao longo do ciclo vital, em colaboração com outros profissionais de saúde e com outros serviços do SNS” assim entendemos que este está numa situação privilegiada para cuidar da mulher durante a gravidez e puerpério.

Como ferramentas de apoio a esse trabalho, no nosso país temos o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (DGS, 2006, 2008) e o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR) (DGS, 2015).

No contexto de vigilância de saúde da mulher, na USF LS, decorrem, como atividades de enfermagem, a consulta de Planeamento Familiar e de Vigilância de Saúde Materna, permitindo ao enfermeiro ter um contacto próximo das mulheres e desta forma implementarem intervenções direcionadas para a prevenção da obesidade, através da educação para a saúde, reforçando a importância da alimentação e do exercício físico.

As consultas de Planeamento Familiar e de Vigilância de Saúde Materna, são janelas de oportunidade para a educação para a saúde, de forma individualizada e partindo, dos dados emergentes da avaliação feita a cada mulher, com foco no IMC e no ganho ponderal observado em cada consulta. Se esta educação para a saúde é importante em qualquer fase da vida da mulher, mais importante se torna nas consultas de planeamento familiar, quando esta decide engravidar (consulta pré-concepcional), nas consultas de vigilância de gravidez assim como no pós-parto e ao longo do primeiro ano após o nascimento do bebé, de forma que a mulher retome o seu IMC valor pré-concepcional (DGS, 2015, 2015; IOM, 2009).

A realização de consulta pré-concepcional é a melhor maneira de evitar complicações durante a gravidez e no pós-parto, sendo que nesta consulta irá receber orientações nutricionais, pois

existe a necessidade de um aumento de macro e micro nutrientes garantindo um aporte nutricional adequado para a mulher e para o feto (DGS, 2015; IOM, 2009; Sardinha et al., 2012).

Quando as mulheres apresentam Excesso de Peso e/ou Obesidade ($IMC \geq 25$) nas consultas de planeamento familiar, o enfermeiro estabelece com a mesma um plano alimentar e de atividade física, para que esta diminua o seu peso antes de engravidar e que o seu IMC se aproxime do desejado e consequentemente sejam minimizados os riscos na gravidez associados ao excesso de peso, anteriormente expostos. Na opinião de vários autores (Frattesi & Júnior, 2010; Thangaratinam et al., 2012), esta perda de peso é fundamental e como tal deve ser incentivada, assistida, e programada de forma gradual.

Nas consultas de vigilância da gravidez, são monitorizados diversos parâmetros de evolução/desenvolvimento da mesma, permitindo ao enfermeiro de família ajustar em cada consulta as estratégias de intervenção no âmbito da educação para a saúde em diversas áreas.

O exame físico deve incluir a avaliação do peso para o cálculo do IMC, a partir do qual se define se a grávida tem um peso adequado. Deve-se ter em conta o peso pré-concepcional, pelo que se pode recolher este dado pela última consulta de planeamento familiar ou questionar a grávida sobre o peso na altura da última menstruação (DGS, 2006, 2015).

Salientamos aqui a importância da vigilância do ganho ponderal, tal como se preconiza no PNVGBR, ao referir que grávidas com “baixo peso e que aumentam pouco durante a gravidez, parecem estar em maior risco de ter um recém-nascido com baixo peso à nascença, parto pré-termo e partos pré-termo recorrentes (...) mulheres obesas têm um risco aumentado de ter um recém-nascido grande para a idade gestacional, parto pós-termo e diabetes gestacional” (DGS, 2015c, p.44).

Para além da importância da avaliação dos referidos parâmetros, destacamos a relevância da educação para a saúde que a deve acompanhar, enquanto elemento essencial para apoio na adoção de estilos de vida saudáveis (Silva, 2013).

Consideramos que a educação para a saúde é, uma estratégia do enfermeiro em termos das funções autónomas, constituindo-se um aspeto primordial da prática diária do enfermeiro sobretudo em cuidados de saúde primários durante as consultas de Saúde Materna, reunindo um conjunto de esforços e necessidades identificadas no sentido da promoção da saúde, tendo em conta e respeitando o potencial individual e familiar e o conceito de projeto individual de saúde da mulher/casal.

3. METODOLOGIA

Num processo de investigação, a natureza do problema em estudo e as questões de investigação sustentam a definição dos objetivos, bem como todo o desenho do mesmo (Fortin, 2009). Assim, neste capítulo apresentaremos as opções metodológicas que orientam toda a investigação e as considerações éticas inerentes à mesma.

3.1. Contextualização do estudo

Num trabalho de investigação é pertinente clarificar qual o problema de investigação que constitui o ponto de partida do estudo. Na opinião de Fortin (2009:66) “uma situação que suscita interrogação, um mal-estar ou uma inquietação que pede explicação ou pelo menos uma melhor compreensão” este trabalho surge assim de uma preocupação nossa relativamente à obesidade na gravidez e as consequências que a mesma pode ter para a mulher e para o feto/recém-nascido.

No contexto atual, a DGS (2015c), no PNVGBR, tem atribuído importância à vigilância do ganho ponderal da mulher durante a gravidez em confronto com o seu peso e respetivo IMC, como forma de minorar os efeitos da obesidade neste período/situação.

Entendemos assim ser pertinente, no contexto do Estágio (já anteriormente especificado), avaliar o perfil das mulheres grávidas e puérperas como forma de contribuir para um melhor conhecimento do perfil das grávidas da USF LS e, deste modo, obter elementos essenciais para uma possível implementação de estratégias, no sentido de melhorar os cuidados a prestar a este grupo específico.

3.2. Tipo de estudo

O tipo de estudo a desenvolver está sempre relacionado não só com o paradigma de investigação mas também com as questões de investigação e objetivos do mesmo (Coutinho, 2013). Neste sentido desenvolvemos este estudo empírico, de acordo com o paradigma de investigação quantitativo, descritivo. De acordo com diferentes autores, nomeadamente Fortin (2009) e Coutinho (2013), a investigação quantitativa caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos, dando ênfase aos factos, fazendo comparações e avaliando relações e causas.

Para Fortin (2009) a investigação descritiva propõem-se a descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos e características existentes numa população e determinar a frequência da ocorrência.

Assim sendo o nosso estudo incide sobre as IMC nas grávidas, ou seja, descrever a evolução do peso e do IMC durante a gravidez.

No trabalho existiram dois momentos distintos de recolha de dados. O primeiro momento aconteceu na consulta de Vigilância de Saúde Materna, na qual foi explicado a grávida/puérpera o que consistia o trabalho e solicitámos a autorização de participação no estudo através do consentimento informado. Nesta consulta recolhemos dados relacionado com a história clínica e dados da presente gravidez. Um segundo momento distinto aconteceu na data próxima da conclusão do estágio, que neste caso que figurou a 5 maio de 2016, e consistiu na pesquisa e recolha de dados no que se refere ao peso e tempo gestacional na última consulta. Estes dois momentos distintos permitiram-nos avaliar a evolução da gravidez, no que se refere ao peso, complicações decorrentes ao longo da gravidez e se possível recolha de dados no que se refere ao parto e puerpério e dados antropométricos do bebé.

3.3. Questões de Investigação e objetivos

Sendo a nossa problemática a obesidade na gravidez, este estudo teve como propósito caracterizar o perfil das grávidas que frequentam as consultas de Saúde Materna na USF LS, em termos IMC e analisar de que forma este pode ter implicações no decurso da mesma. Este propósito emergiu das questões de investigação: Qual o perfil do IMC, das mulheres grávidas e puérperas que fazem vigilância de Saúde Materna e Puerpério na USF La Sallete? Qual o tipo de parto e quais as características do recém-nascido das mulheres que fazem vigilância de saúde na USF La Sallete? Tendo em conta estas questões de investigação, definimos os seguintes objetivos:

- Avaliar o perfil relativo ao IMC da mulher, antes da gravidez, durante a gravidez, parto e no puerpério;
- Analisar o ganho ponderal durante a gravidez de acordo com as recomendações da DGS (2015);
- Caracterizar o tipo de parto, da amostra do estudo;
- Caracterizar o Recém-nascido quanto ao tempo de gestação, dados antropométricos e Índice de Apgar.

3.4. População e Amostra

A população alvo de um estudo é composta por um conjunto de elementos, que pode ser de indivíduos, de espécies ou de processos, que apresentam características definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 2009).

Quanto a amostra, Fortin (2009: 312) define-a como a “fracção de uma população sobre o qual se faz o estudo (...) certas características da população devem estar presentes em todos os elementos da população”. Neste estudo a população alvo foram todas as grávidas e puérperas inscritas na USF LS, que frequentaram as consultas de vigilância de Saúde Materna e de puerpério no período compreendido entre 6 Fevereiro de 2016 a 5 Maio de 2016.

Utilizámos um método de amostragem não probabilística, integrando todas as grávidas e puérperas, que estavam inscritas na USF e cumpriam os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Considerámos como critérios de inclusão: grávidas e puérperas nas consultas de Vigilância de Saúde Materna e de Puerpério; Critérios de exclusão: mulheres grávidas que não aceitem participar no estudo, após a explicação dos objetivos do mesmo e mulheres que não reuniram condições para avaliação, porque sofreram uma interrupção da gravidez durante a realização deste trabalho ou não realizaram acompanhamento na consulta de Vigilância de Saúde Materna e de Puerpério, na USF LS.

3.5. Procedimentos de Colheita de Dados

No âmbito do nosso estágio no decurso das consultas de vigilância da Saúde Materna e Puerpério, fizemos, numa primeira fase, uma identificação de todas as mulheres grávidas e puérperas inscritas na USF LS. No contexto destas consultas, é sempre feita a avaliação da evolução/desenvolvimento da gravidez, de acordo com as normas da DGS (2015c) e Ordem dos Enfermeiros (2015a) e são efetuados os respetivos registos no Sclínico, procedimentos que fomos realizando ao longo do estágio.

Recorremos a este sistema de registo para extrair os dados necessários, para uma base de dados criada para o efeito no programa informático Statistical Package for the Social Science (SPSS). A recolha de dados (após a autorização da comissão de ética) foi efetuada durante cada consulta, ou imediatamente após a mesma, sob supervisão da enfermeira supervisora do estágio.

Todo este processo foi apresentado a todos os profissionais da USF LS, com maior relevo à equipa de Enfermagem, com o objetivo de obter uma maior participação dos mesmos, nomeadamente incluir a nossa participação em consultas de vigilância da gravidez, que não se enquadravam no ficheiro de utentes da enfermeira supervisora.

No início do nosso estudo, todas as grávidas foram estratificadas de acordo com a classificação do IMC da DGS (2015c), que deve ser avaliado em cada consulta, de acordo com a periodicidade proposta. A primeira consulta idealmente deve ser efetuada até as 12 semanas de gestação, sendo que as restantes deverão ter uma periodicidade de 4 a 6 semanas até a 30ª semana de gestação, 2 a 3 semanas da 30ª-36ª semana e 1 a 2 semanas da 37ª semana até ao parto (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). A consulta do puerpério deve ser realizada até a 6ª semana após o parto. Nestas consultas de acordo PNVGBR (2015c), deve ser sempre avaliado o IMC.

A colheita de dados foi ocorrendo, ao longo do estágio à medida que as mulheres grávidas recorriam às consultas de vigilância de gravidez, ou de puerpério. Neste contexto organizamos a análise da avaliação do IMC e do ganho ponderal, em função do trimestre da gravidez/puerpério em que cada uma se encontrava em maio de 2016 (fase final do estágio). Neste momento de análise encontravam-se em consultas de vigilância de gravidez: 1º Trimestre (1ª a 13ª semana) 5 grávidas, no 2º Trimestre (14ª a 26ª semana) 16 grávidas, 3º Trimestre (27ª a 40ª + semana) 18 grávidas e no período de Puerpério 21 puérperas.

As variáveis em estudo foram:

- **Variáveis sociodemográficas:** idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional;
- **Variáveis clínicas:**
 - o Antecedentes familiares – Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial; Anomalias congénitas;
 - o Antecedentes obstétricos - Número de Gestações; Paridade; Tipos de parto; Complicações;
 - o Gravidez atual - Hábitos e estilos de vida (prática de exercício físico, consumo de álcool, tabagismo e consumo substância psicoativas); IMC pré-gestacional, Idade gestacional na 1ª consulta, IMC 12 semanas de gestação; Ganho Ponderal às 12 semanas; tipo de parto; Idade Gestacional no parto; IMC no final da gravidez/puerpério; ganho ponderal no final da gravidez
- **Variáveis relativas ao do Recém-nascido no momento do nascimento:**
 - o Peso; comprimento; perímetro cefálico; Índice de Apgar.

Operacionalização das variáveis:

- **Variáveis sociodemográficas:**
 - o Idade - variável contínua, idade da pessoa no momento da avaliação (Mendonça & Ribeiro, 2011);
 - o Estado civil - categorizada de acordo com o reconhecimento legal: solteira, casada, união de facto, divorciada, viúva (Mendonça & Ribeiro, 2011);

- Habilitações literárias - categorizada de acordo com a lei de bases do sistema educativo: sem escolaridade, ensino básico, ensino secundário, ensino superior (Mendonça & Ribeiro, 2011);
- Situação profissional - consideradas as situações: estudante, trabalhador por conta de outrem, trabalhador independente, desempregada (Mendonça & Ribeiro, 2011).

– **Variáveis clínicas:**

- Antecedentes Familiares - situações de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, doenças autoimunes, epilepsia, mal formações (DGS, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2015a);
- Número de gestações - número de vezes que a mulher esteve grávida (Lowdermilk & Perry, 2008);
- Paridade - número de gestações em que o feto atingiu viabilidade ao nascer (Lowdermilk & Perry, 2008);
- Complicações na Gravidez - foi operacionalizada em Ameaça de Parto Pré-termo; Pré-Eclâmpsia; Tromboembolismo; Diabetes Gestacional;
- Gravidez anterior - forma como terminou a gravidez anterior (Aborto espontâneo; Interrupção Voluntária da Gravidez, Parto Eutócico; Parto por Forceps/Ventosa; Cesariana);
- Hábitos e Estilos de Vida foi operacionalizada: prática de exercício físico; hábitos de consumo de álcool; tabagismo e substâncias psicoativas (passado e presente) (DGS, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2015a);
- Índice de Massa Corporal (IMC) - relaciona-se com o estado de saúde da mulher e com a capacidade do organismo em utilizar adequadamente os nutrientes. Classificamos de Baixo Peso: $<18,5 \text{ kg/m}^2$; Peso Normal: $18,5 \text{ a } 24,9 \text{ kg/m}^2$; Excesso de Peso: $25,0 \text{ a } 29,9 \text{ kg/m}^2$; Obesidade: $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (DGS, 2015);
- Idade Gestacional - idade gestacional do feto, determinada a partir do primeiro dia da última menstruação (Lowdermilk & Perry, 2008);
- Ganho Ponderal - definido pela diferença entre o peso aferido na última consulta e o peso aferido antes de engravidar (kg). E classificado em 1) “ aumento de peso superior ao esperado”; 2) “aumento de peso dentro do esperado”; 3) “aumento de peso abaixo do esperado”, (DGS, 2011) conforme apresentado na Tabela 2

Tabela 2: Critérios de definição da variável “Ganho Ponderal”

IMC na 1ª consulta	Aumento de Peso Superior ao esperado	Aumento de peso dentro do esperado	Aumento de peso abaixo do esperado
“Obesidade”	>9 Kg	[5-9] Kg	< 5Kg
“Excesso de Peso”	> 11,5 Kg	[7-11,5] Kg	< 7Kg
“Peso Normal”	>16 kg	[11,5-16] Kg	< 11,5 Kg
“Baixo Peso”	>18 Kg	[12,5-18] Kg	< 12,5 Kg

(fonte: DGS, 2011b)

- Tipo de parto foi considerado parto eutócito ou parto distócito, incluindo-se neste último os partos por cesariana, ventosa e/ou fórceps (Lowdermilk & Perry, 2008).
- **Variáveis relativas ao do Recém-nascido no momento do nascimento:**
 - Peso do Recém-nascido consideramos três classes - baixo peso: inferior a 2,5 Kg; Normal: entre 2,5 e 4,0 Kg; Macróssomico: superior a 4,0 Kg (Alden, 2008);
 - Comprimento do Recém-nascido - expressa o processo de crescimento linear do corpo humano, sendo de extrema importância para avaliação do estado nutricional. Este deve ser avaliado em decúbito, com um estadiômetro horizontal, numa superfície lisa e estável, como uma mesa (Rito, Breda & Carmo, 2010).
 - Perímetro Cefálico do Recém-nascido: parâmetro antropométrico que relaciona o tamanho cerebral, refletindo o seu crescimento. O valor médio no momento do nascimento é ± 35 cm. O Perímetro cefálico é descrito com uma circunferência, fronto-occipital, sendo este o perímetro cefálico máximo (Rito et al., 2010).
 - Índice de Apgar - condição de um recém-nascido, baseada em sinais (frequência cardíaca, frequência respiratória, Tônus muscular, Irritabilidade Reflexa, Cor da pele) que indicam o estado fisiológico e a necessidade de reanimação. As avaliações são feitas ao primeiro, quinto minuto após o nascimento. O índice de 0 a 3 indica sofrimento grave; o índice de 4-6 revela dificuldade moderada e o índice de 7 a 10 é indicadora que o recém-nascido não apresenta qualquer dificuldade de adaptação a vida extra-uterina (Lowdermilk & Perry, 2008).

3.6. Considerações éticas

No que diz respeito aos princípios éticos, existem regulamentos centrados na investigação humana, na qual teve-se em conta na fundamentação da investigação, na escolha do tema, do tipo de participantes e a forma de recolha de dados.

Segundo Fortin (2009), na investigação aplicada as ciências humanas torna-se fundamental ter presente os direitos fundamentais e que estão determinados pelo Código de Ética: 1) respeito

pelo consentimento livre e esclarecido; 2) respeito pelos grupos vulneráveis; 3) respeito pela privacidade e confidencialidade das informações pessoais; 4) respeito pela justiça e equidade; 5) equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; 6) redução dos inconvenientes; 7) otimização de vantagens.

As considerações éticas neste estudo relacionam-se com a participação voluntária das grávidas, com a garantia do anonimato e da confidencialidade.

Neste sentido, foram efetuados os seguintes procedimentos:

- Solicitação de autorização para a colheita de dados na USF LS, junto do coordenador da USF e do diretor executivo do ACES entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte, a fim de ser entregue a Comissão de Ética da ARS Norte, I.P (Anexo II);
- Solicitação de autorização, por parte da Comissão de Ética da ARS Norte, I.P; para realização do estudo (Anexo III);
- Solicitação do consentimento informado, livre e esclarecido de todas as participantes do estudo (Anexo IV). No momento da colheita de dados, foram reforçados os propósitos e objetivos do estudo, a metodologia para a colheita de dados e esclarecidas dúvidas.
- Os dados foram recolhidos de forma confidencial, durante o período de 6 de fevereiro a 5 de maio de 2016.

3.7. Procedimentos de análise dos dados

Sendo este um estudo quantitativo, a análise descritiva foi realizada com o software informático estatístico SPSS for Windows 23.0. Para análise de dados foram usadas medidas de dispersão central - frequência absoluta e relativa, média, máximo, mínimo e desvio-padrão.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos a análise e interpretação dos dados obtidos no estudo. Iniciamos com a apresentação das características sociodemográfica, em seguida a caracterização clínica da amostra (antecedentes familiares, história obstétrica, hábitos e estilos de vida, IMC e ganho ponderal da amostra, complicações na gravidez da amostra) e a caracterização clínica do recém-nascido com os dados antropométricos e o Índice de Apgar.

4.1. Caracterização sociodemográfica das participantes

Na Tabela 3, apresentamos os dados relativos à caracterização sociodemográfica das participantes. A média de idades das mulheres foi de 31 anos e 9 meses, sendo a idade mínima foi de 18 anos e a idade máxima os 42 anos. Os valores da idade seguem uma distribuição normal e desvio padrão. Relativamente ao estado civil, na sua maioria são casadas (61,7%), e uma pequena percentagem (1,7 %) são divorciadas. Quanto às habilitações literárias a maioria das participantes tinham o ensino básico (36,7 %), e 30% tinham o ensino superior. No que diz respeito a situação profissional, 80% encontravam-se a trabalhar por conta de outrem e 3,3 % eram estudantes.

Tabela 3: Caracterização das participantes, (n=60)

Variáveis sociodemográficas	Indicadores	n (%)
Estado civil	Solteira	11 (18,3%)
	Casada	37 (61,7%)
	União de facto	11 (18,3%)
	Divorciada	1 (1,7%)
Habilitações literárias	Ensino básico	22 (36,7%)
	Ensino Secundário	20 (33,3%)
	Ensino Superior	18 (30,0%)
Situação profissional	Estudante	2 (3,3%)
	Trabalhador por conta de outrem	48 (80,0%)
	Trabalhador independente	3 (5,0%)
	Desempregada	7 (11,7%)

a – anos; m. – meses

4.2. Caracterização clínica da amostra

Antecedentes Familiares

Referente à caracterização clínica da amostra apresentamos na Tabela 4, os dados dos antecedentes familiares mais relevantes. No que diz respeito à Diabetes Mellitus, observamos que 36,7% (n=22) das grávidas apresentavam antecedentes familiares diretos ou indiretos. Relativamente à Hipertensão Arterial, a percentagem era de 28,4% (n=17). Nesta amostra não existiu registo de antecedentes familiares de anomalias congénitas e em outros antecedentes relatamos a epilepsia e a neoplasia maligna da mama, sendo estes valores residuais.

Tabela 4: Antecedentes familiares da amostra, (n=60)

	Mãe n (%)	Pai n (%)	Ambos n (%)	Outros familiares n (%)	Sem anteced. n (%)
Diabetes Mellitus	3 (5,0%)	6 (10,0%)	3 (5,0%)	10 (16,7%)	38 (63,3%)
Hipertensão Arterial	8 (13,3%)	4 (6,7%)	4 (6,7%)	1 (1,7%)	43 (71,7%)
Anomalias congénitas	-	-	-	-	60 (100%)
Outros					58 (96,6%)
Epilepsia				1 (1,7%)	
Neoplasia maligna da mama	1 (1,7%)				

anteced.- antecedentes

História Obstétrica

Na Tabela 5 apresentamos os dados relativos à história obstétrica das participantes neste estudo. Salientamos que 25 grávidas são primigestas (41,7%) e as restantes 35 são multigestas (58,3%) e destas, 23 vivenciaram uma segunda gravidez e 3 estão grávidas pela quarta vez. Relativamente à gravidez anterior, ocorreram 18 partos eutócitos, 15 partos por cesariana, 2 partos por ventosa/fórceps. Dezas seis mulheres tiveram abortos espontâneos e 2 interrupções voluntárias da gravidez. Como complicações da gravidez ocorreram Diabetes Gestacional e Hipertensão Arterial.

Tabela 5: Caracterização dos antecedentes obstétricos, (n=60)

História obstétrica	Indicadores	n (%)
Nº gravidez anteriores		35 (58,3%)
	0	25 (41,7%)
	1	23 (38,3%)
	2	9 (15,0 %)
	3	0
	4	3 (5,0%)
Gravidez anterior		
	Parto Eutócito	18 (34,0%)
	Ventosa/Forceps	2 (3,8%)
	Cesariana	15 (28,3%)
	Aborto espontâneo	16 (30,1%)
	IVG	2 (3,8%)
Complicações na gravidez anterior		
	Pré-eclampsia	1 (1,9%)
	Diabetes gestacional	1 (1,9%)
	HTA	1 (1,9%)
	APP	6 (11,3%)
	Outros	5 (9,4%)

IVG- Interrupção Voluntária da Gravidez; HTA – Hipertensão arterial; APP. - Ameaça Pré-parto

Hábitos e estilos de vida

Relativamente à prática regular de exercício físico, 51 das participantes (85%) responderam que nunca praticavam exercício; 6,7% (n=4) já praticavam exercício antes da gravidez e 8,3 % (n= 5) iniciaram a prática após saberem que estavam grávidas.

No que se refere ao consumo de álcool 6,7 % (n=4) responderam ser ex-consumidoras. No que diz respeito a tabaco, 6,7% (n=4) responderam serem fumadoras ativas sendo que 26,7 % (n=16) são ex-fumadoras. Referente ao consumo de substâncias psicoativas 3,3 % (n=2) referem terem consumido enquanto grávidas.

Idade Gestacional na primeira consulta e no momento do parto

No que diz respeito à idade gestacional na primeira consulta esta ocorreu em média às 8 semanas de gestação ($DP \pm 2,4$), tendo-se observado consultas com uma idade mínima de 4 semanas de idade gestacional e idade gestacional máxima de 12 semanas.

Das participantes no estudo, 21 grávidas alcançaram o momento do parto. Em média o parto verificou-se às 38 semanas de gestação, com um mínimo de 36 semanas e máximo de 41 semanas. Na amostra não ocorreram partos pré-termo.

IMC e Ganho Ponderal

Em relação a categorização do IMC pré-concepcional, verificamos que em média foi de 23,7 (DP± 3,7) com um IMC mínimo de 18,7 e IMC máximo de 34,6. Na Tabela 6 expomos os resultados da distribuição das grávidas tendo em conta o IMC pré-concepcional. A maioria, das mulheres 71,7% (n=43), apresentava um peso normal, ou seja, com um IMC entre 18,5 e 24,9. Das restantes salientámos 11,6% (n=7) que apresentam um IMC compatível com a obesidade.

Tabela 6: Caracterização do IMC pré-concepcional (n=60)

IMC Inicial pré-concepcional	n (%)	Mínimo	Máximo
IMC <18,5: Baixo Peso	0 (0%)		
18,5≤ IMC <24,9: Peso Normal	43 (71,7%)	18,7	24,2
25≤ IMC <29,9: Excesso de Peso	10 (16,7%)	25,0	29,6
IMC≥ 30: Obesidade	7 (11,6%)	30,5	34,6
Total	60 (100%)		

IMC – Índice de Massa Corporal

Observando a Tabela 7 verificámos que a média de peso pré-concepcional foi 63,4 Kg (DP±10,9), com um mínimo 46 Kg e um máximo de 106 kg (para o n=60).

No que se refere ao peso na 12ª semana de gestação a média foi de 65,5kg (DP±11,4), com um mínimo de 45kg e máximo de 107 kg.

Tabela 7: Estatística descritiva do peso pré-concepcional e a 12ª semana de gestação, (n=60)

Peso (kg)	Média (dp)	Mínimo	Máximo
Pré-concepcional	63,4 (10,9)	46	106
12ª Semana	65,5 (11,4)	45	107

Kg – quilogramas; dp – desvio padrão

Comparando o IMC Pré-concepcional e o IMC na 12ª semana, apresentado na Figura 3, verificámos que existiu uma grávida (1,7%) que perdeu peso e passou a ter um IMC <18,5 (Baixo

Peso). O número de grávidas que anteriormente apresentavam Peso Normal diminuiu de 43 (71,7 %) para 38 (63,3%) e o número de grávidas que apresentavam Excesso de Peso e Obesidade, na avaliação pré-concepcional aumentou de 10 (16,7%) para 11 (18,3%) e 7 (11,7%) para 10 (16,7%), respetivamente, na avaliação na 12ª semana de gestação.

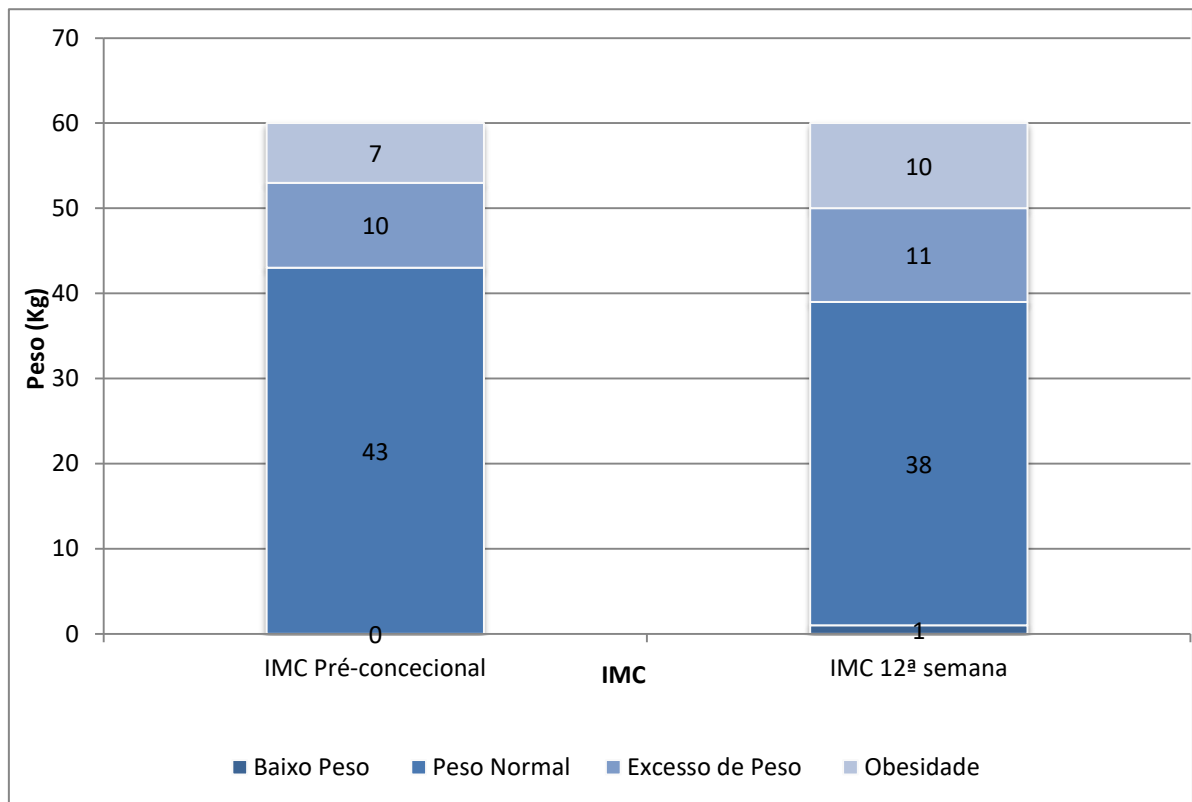


Figura 3: Descrição do IMC Pré-Concepcional e o IMC 12ª semana (n=60)

Na Tabela 8 verificou-se que até a 13ª semana o ganho ponderal foi em média de 1,04 kg (DP±1,71) com um ganho ponderal mínimo de -1kg e um máximo de 3kg. No que se refere ao segundo trimestre verificou-se um ganho ponderal em média de 4,59 kg (DP±2,85). No terceiro trimestre um ganho ponderal em média de 12,98 kg (DP±4,91). As mulheres que foram avaliadas na consulta de puerpério, apresentaram ainda um ganho ponderal de 14,96 kg (DP±4,22).

Tabela 8: Resultados relativos ao Ganho Ponderal durante a gravidez, (n=60)

	<i>n</i>	Média (<i>dp</i>)	Mínimo	Máximo
1º Trimestre: 1ª a 13ª semana	5	1,04 (1,71)	-1,00	3,00
2º Trimestre: 14ª a 26ª semana	16	4,59 (2,85)	-2,00	8,90
3ª Trimestre: 27ª a 40ª + semana	18	12,98 (4,91)	5,40	26,00
Puerpério	21	14,96 (4,22)	9,00	23,40

Dos dados obtidos numa análise descritiva relativa ao IMC das 21 mulheres que foram avaliadas até ao puerpério, distribuídas pelas categorias de IMC determinado pela DGS (2015c), observou-se pelos dados apresentados, na figura 4, que o comportamento do IMC difere entre si, ou seja, as mulheres cujo IMC se encontra dentro dos valores normais (n=6), apresentaram uma ligeira perda de peso, desde o início da gravidez até à 12ª semana de Idade Gestacional, tendo depois apresentado um aumento de peso progressivo até ao parto e uma diminuição após o parto.

As mulheres com excesso de peso (n=11) apresentaram um IMC constante até às 12 semanas, iniciando o aumento de IMC a partir da 12ª semana até ao parto, com um decréscimo do mesmo no puerpério.

As mulheres que apresentavam obesidade no início da gravidez (n=4), evidenciaram um aumento mais acentuado desde a 12ª semana até ao parto e uma diminuição no puerpério.

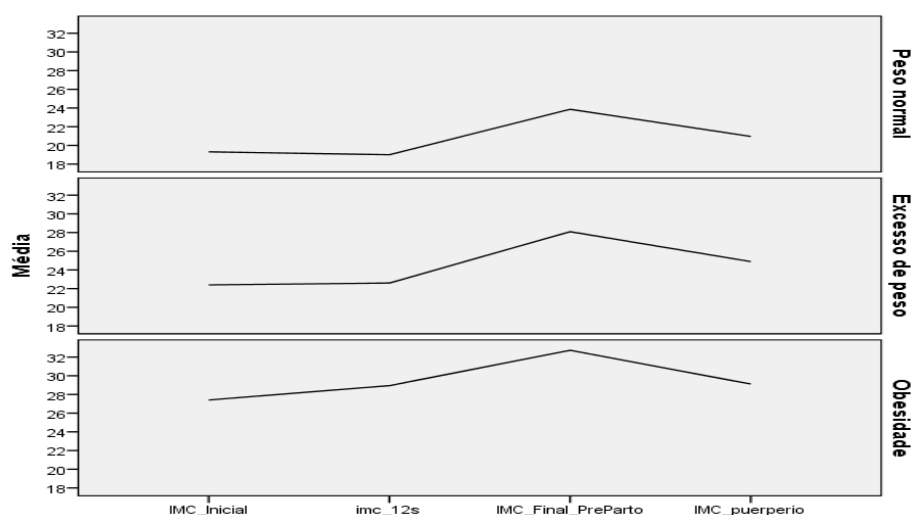


Figura 4: Progressão do IMC (n=21)

Na Tabela 9 apresentamos a evolução do IMC Pré-concepcional e do Ganho Ponderal, das mulheres que tiveram o parto durante este estudo (n=21), em comparação com o proposto pela DGS (2015).

O aumento do peso das grávidas que chegaram ao final da gravidez foi em 42,8% (n=9) dos casos dentro do valor esperado, sendo que em 19% (n=4) esse valor se situou abaixo do esperado e em 38,2% (n=8) acima do esperado.

Tabela 9: Relação do IMC Pré-concepcional e do Ganho Ponderal, nas grávidas no final da gravidez (n=21)

			IMC Pré-concepcional			Total
			18,5≤ IMC <24,9: Peso Normal	25≤ IMC <29,9: Excesso de Peso	IMC≥ 30: Obesidade	
Ganho Ponderal	Dentro	do	2 (9,5%)	4 (19,0%)	3 (14,3%)	9 (42,8%)
	Acima	do	2 (9,5%)	5 (23,9%)	1 (4,8%)	8 (38,2%)
	Abaixo	do	2 (9,5%)	2 (9,5%)	0 (0%)	4 (19,0%)
Total			6 (28,5%)	11 (52,4%)	4 (19,1%)	21 (100%)

IMC – Índice de Massa Corporal

Complicações na Gravidez

No decurso da gravidez verificámos que a 80% das mulheres (n=45) não apresentaram complicações e 14% apresentaram Ameaça de Pré-Parto conforme exposto na Figura 5: Complicações no decurso da gravidez (n=60)

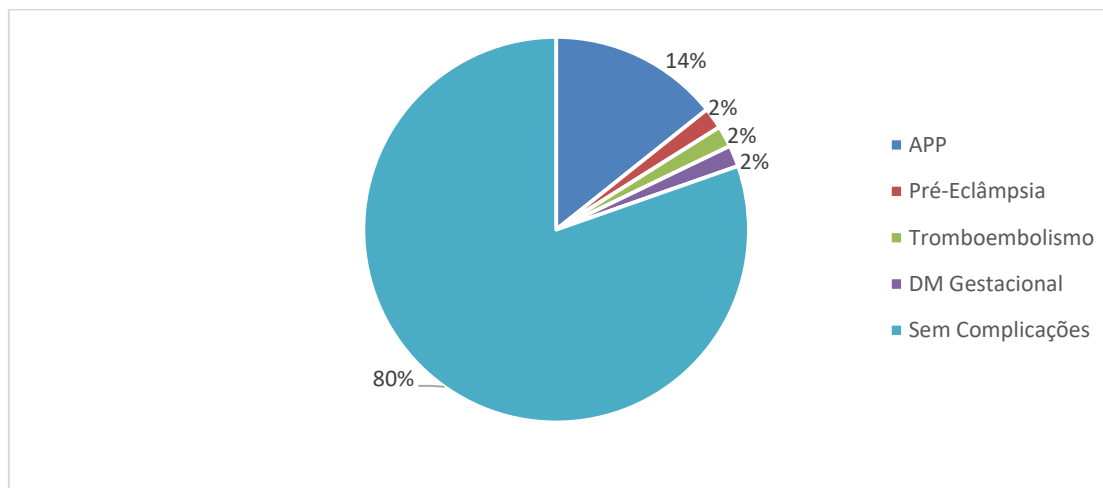


Figura 5: Complicações no decurso da gravidez (n=60)

Tipo de parto

Quanto ao tipo de parto, na sua maioria foram partos eutócitos, 47,6% (n=10), seguido de partos distócitos: por cesarianas, 38,1 % (n= 8) e por ventosas/fórceps.23,8 % (n= 3).

4.3. Caracterização clínica dos Recém- Nascido

Em relação aos recém-nascidos os dados antropométricos no momento do nascimento são apresentados na Tabela 10. A média de peso foi 3,12 Kg (DP \pm 0,34) com um peso mínimo de 2,55 Kg e um peso máximo de 3,83 kg. Todos os recém-nascidos (n=21) apresentavam peso considerado normal (entre 2,5 e 4,0 kg). Como tal, na nossa amostra não tivemos recém-nascidos com baixo peso ou recém-nascidos macrossômicos.

A média do perímetro cefálico foi 33,93 cm, com um mínimo de 30cm e um máximo 36 cm. Em relação ao comprimento os Recém-nascido apresentaram uma média de 48,52 cm, com um mínimo 44 cm e um máximo de 52 cm.

Tabela 10: Dados antropométricos do recém-nascido (n=21)

	Média (dp)	Mínimo	Máximo
Peso, Kg	3,12 (0,34)	2,55	3,83
Perímetro Cefálico, cm	33,93 (1,44)	30,00	36,00
Comprimento, cm	48,52 (1,85)	44,00	52,00

Kg - Quilogramas; cm - centímetros

Índice de Apgar

No que diz respeito ao Índice de Apgar, conforme ilustrado na Figura 6, dos 21 recém-nascidos, 14,3% (n=3) apresentaram dificuldade moderada no primeiro minuto após o nascimento, sendo necessário o recurso a reanimação. Os restantes 85,7% (n=18), ao primeiro minuto apresentam boa vitalidade, assim como a totalidade dos recém-nascidos ao quinto minuto.

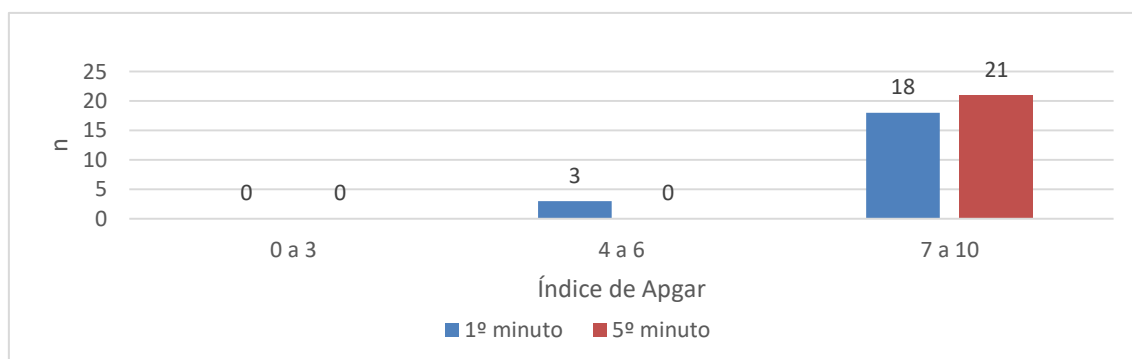


Figura 6: Índice de Apgar ao 1º Minuto e ao 5º Minuto

Nas 21 mulheres que chegaram ao parto eram primigestas com um IMC pré-concepcional de peso normal sendo que no IMC pré-parto apresentava excesso de peso e com um ganho acima do esperado.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e análise dos dados procedeu-se à discussão dos resultados da investigação, que se caracteriza pela comparação dos mesmos com os trabalhos de autores que sustentam o enquadramento teórico, dando destaque aos mais relevantes. A discussão dos resultados foi realizada de forma integrada com os objetivos propostos no estudo, após breves considerações sobre a caracterização sócio clínica da amostra.

Relativamente à idade, ao estado civil, às habilitações literárias e situação profissional, os resultados apontam para uma caracterização semelhante à da maioria das fontes consultadas (Ferreira, 2011; PORDATA, 2015; PORTADA, 2013; Sequeira, Simões, Colaço & Dias, 2013) na medida em que se trata de um grupo populacional específico. Em relação ao estado civil a maioria das grávidas eram casadas (61,7%), contudo não se revelou fator para o ganho ponderal de peso. Como referiu (Moura et al., 2010) o aumento de peso pode estar relacionado com vários fatores sociodemográficos, contudo não existe consenso sobre este fator.

Quanto aos antecedentes Familiares relativos à Diabetes Mellitus, 36,7% das grávidas apresentam antecedentes familiares diretos ou indiretos, o que é congruente com os resultados encontrados no estudo de Marinho, Ferreira, Bento, Rodrigues & Costa (2003).

Relativamente a Hipertensão Arterial, 28,4% das mulheres apresenta antecedentes nesta patologia. Segundo Moura et al., (2010) numa amostra de grávidas que apresentavam hipertensão arterial e pré-eclampsia durante a gravidez, 62,5% apresentavam antecedentes familiares de hipertensão arterial.

No nosso estudo verifica-se que a maioria das mulheres (85%) não praticava exercício físico regularmente, sendo que 8,3% iniciaram a prática após saberem que estavam grávidas. Estes resultados são semelhantes aos de Gouveia et al. (2007), embora a maioria das grávidas compreenda os benefícios do exercício físico na gravidez, isso não se traduz num aumento da sua prática.

No que se refere ao consumo de tabaco 6,7% (n=4) responderam serem fumadoras ativas e que 26,7% (n=16) são ex-fumadoras. Estes dados mostraram que a prevalência do tabagismo é elevada, sendo que estes dados vão ao encontro do estudo efetuado por Correia et al (2007), na qual as grávidas que eram fumadoras quando souberam que estavam grávidas 35% deixaram de fumar.

Relativamente ao perfil do IMC da mulher, antes da gravidez, durante a gravidez, parto e no puerpério, o IMC pré-concepcional mostrou que 16,7% das grávidas tem excesso de peso e 11,6% são obesas. Os resultados do presente estudo assemelham-se aos encontrados por vários autores, que verificaram que a prevalência de obesidade nas grávidas variou entre 14-35% (Gomes et al., 2013; Sequeira et. al., 2013; Silva, 2013).

No que se refere a descrição do IMC durante a gravidez, no nosso estudo a 12^a semana de gestação, foi o marco de avaliação na totalidade da nossa amostra, nesta fase parece observar-se uma tendência para um aumento do IMC, em todas as categorias. Contudo não encontramos estudos que descrevessem esta tendência do IMC durante a gravidez.

Relativamente ao *ganho ponderal durante a gravidez de acordo com as recomendações da DGS (2015)* verificámos que as grávidas tiveram um ganho ponderal médio de 14,96kg. Contudo ao relacionar as classes de peso (“dentro do esperado”, “acima do esperado”, “abaixo do esperado”), com o IMC pré-concepcional, verificámos um aumento “dentro do esperado” em 42,3% das grávidas, seguido de ganho ponderal dentro do “acima do esperado” em 38,2% dos casos, tendo-se constatado uma evolução “abaixo do esperado” em 19% das grávidas. Observámos ainda que o ganho ponderal “acima do esperado” se verificou numa maior percentagem (23,9%), no caso das mulheres com IMC $25 \leq \text{IMC} < 29,9$ (Excesso de Peso).

Estes resultados estão de acordo com a maioria dos estudos que referem que as grávidas com excesso de peso ou obesidade têm maior risco de aumento de peso excessivo na gravidez do que as mulheres com IMC peso normal (Ferreira, 2011; Sequeira et al., 2013).

No que concerne a *caraterização do tipo de parto, da amostra do estudo*, verificámos que na sua maioria foram partos eutócitos, 16,7% seguido de partos por cesariana, 13,3 % e 5,0 % com recurso a ventosas/fórceps.

Em relação as complicações no decurso da gravidez, 14% das mulheres apresentaram Ameaça Parto Pré-termo, sendo que 6%, no total, apresentaram tromboembolismo, Pré-eclampsia, Diabetes Gestacional.

No que se refere à *caracterização do Recém-nascido quanto ao tempo de gestação e aos dados antropométricos* verificámos que a Idade Gestacional, no momento do parto foi às 38 semanas o que está de acordo com os resultados de Ventura & Gomes (2009) e Paiva et al. (2007).

Relativamente ao peso médio do recém-nascido foi de 3,12 kg, sendo que não existiram Recém-nascidos com baixo peso ou macrossómicos.

Vários estudos referem que o ganho ponderal gestacional está diretamente relacionado com o peso do Recém-nascido, sendo que o aumento de peso inferior ou superior ao recomendado estão associados a Recém-nascido leves para a idade gestacional ou grandes para a idade gestacional (Chu et al., 2008; Raposo, Ferreira, Fernandes, Pereira & Moura, 2011; Seabra, Padilha, Queiroz & Saunders., 2011; Sequeira et al., 2013).

Em relação ao comprimento os Recém-nascidos apresentam em média 48,52 cm, que corresponde ao percentil 50 e o perímetro cefálico com 33,93cm corresponde ao percentil 25 (DGS, 2012b).

No nosso estudo tivemos três Recém-nascidos que apresentaram um Índice de Apgar entre 4-6, sendo necessário o recurso a reanimação. Raposo et al., (2011) referem haver um risco aumentado, de baixo índice de Apgar ao 5º minuto, em 1,5 vezes, em mulheres com obesidade, parecendo haver uma relação significativa entre a obesidade materna e a necessidade de manobras de reanimação, síndrome de dificuldade respiratória, necessidade de incubadora. De forma distinta Ferreira (2011) afirma que o ganho ponderal da grávida parece não influenciar significativamente o peso do Recém-nascido e o Índice de Apgar.

6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Realizamos de seguida um breve resumo do estudo “ Obesidade na Gravidez: um estudo na USF La Salette”.

6.1. Síntese dos principais resultados

A amostra do nosso estudo é composta por 60 mulheres, que foram acompanhadas na USF LS no decurso da gravidez (em diferentes fases) e puerpério. Destacamos as seguintes conclusões do estudo. A idade média das mulheres grávidas foi de 31 anos e 9 meses, com idade mínima de 18 anos e idade máxima de 42 anos, na sua maioria casadas, que frequentaram o ensino básico e encontram-se numa situação profissional de trabalha por conta de outrem.

Em relação aos antecedentes familiares 36,7% antecedentes de Diabetes Mellitus e 28,4% de Hipertensão Arterial, mas não encontramos outros antecedentes familiares significativos.

No que se refere a história obstétrica a maioria das mulheres eram multigesta (58,3%) e as restantes primigestas (41,7%).

No que se refere ao estilo de vida saudável, na sua maioria, as mulheres não praticavam exercício físico (85%). Quanto ao consumo de tabaco e substâncias psicoativas, 26,7% das inquiridas referiram ser ex-fumadoras e 3,3% consumiram substâncias psicoativas.

Quanto ao peso/IMC pré-concepcional, concluímos que o peso médio foi de 63,4 kg, sendo o peso mínimo de 46 kg e máximo de 106kg, que representa um IMC médio de 23,7 com um valor mínimo de 18,7 e um IMC máximo de 34,6. A maioria das grávidas apresentou um peso normal (71,7%), sendo que 16,7% das mulheres apresentou excesso de peso e 11,6% apresentou obesidade. Não se observaram mulheres grávidas com baixo peso.

No que diz respeito ao ganho ponderal, no grupo das grávidas que chegou ao momento do parto (n=21), 42,8% independentemente do IMC pré-concepcional apresentou um ganho ponderal dentro do esperado. Seguido de 38,2% que apresentaram um ganho ponderal acima do esperado.

No decurso da gravidez a maioria das mulheres não apresentaram complicações associadas à gravidez.

Em relação ao parto em média ocorreu às 38 semanas de gestação, sendo que na sua maioria foram partos eutócitos, 47,6% (n=10), seguido de partos distócitos: por cesarianas, 38,1 % (n= 8) e por ventosas/fórceps.23,8 % (n= 3).

Relativamente aos dados antropométricos do recém-nascido, no momento do nascimento verificou-se que em média pesavam 3,12 Kg (DP \pm 0,34) Todos os recém-nascidos (n=21)

apresentavam peso considerado normal (entre 2,5 e 4,0 kg). Como tal, na nossa amostra não tivemos recém-nascidos com baixo peso ou recém-nascidos macrossómicos. Em relação ao comprimento os recém-nascidos apresentaram uma média de 48,52 cm, e um perímetro cefálicos de 33,93 cm (valor médio do comprimento no percentil 50 e do perímetro cefálico no percentil 25).

6.2. Limitações do estudo

Como em todos os estudos científicos existem alguns fatores que condicionaram o processo de investigação, obstáculos que decorreram durante a realização do mesmo que devemos encarar como desafios.

Uma das limitações encontradas decorre do tamanho amostra das grávidas (n=60) e das puérperas (n=21), ou seja nem todas as grávidas passaram à condição de puérpera durante a colheita de dados, sendo esta amostra limitada pelo tempo disponível para a realização do mesmo. Este facto pode explicar as associações descritas por vários autores, já que na maioria dos estudos as amostras são constituídas por um número mais significativo.

Outra das limitações encontradas no decurso do nosso estudo foi o facto de apenas terem sido avaliadas mulheres grávidas com gravidez de baixo risco, o que poderia ter levado à subvalorização das grávidas de alto risco, uma vez que estas foram referenciadas precocemente e acompanhadas a nível de serviços de especializados de obstetrícia, a nível hospitalar.

Ainda como limitação podemos apontar como possível situação de viés: o Viés de informação na qual a subjetividade do peso pré-concepcional, que foi reportado pela grávida na primeira consulta.

6.3. Implicações para a prática e trabalho futuro

Com o aumento da obesidade em mulheres em idade fértil, faz-nos repensar sobre a necessidade de maior vigilância da sua repercussão para a mulher e criança, sobretudo ao nível da vigilância feita pelos Enfermeiros de Família. Certamente que o melhor conhecimento dos fatores estudados contribuirá para o planeamento mais adequado das intervenções direcionadas para cuidados de saúde a longo prazo.

Como tal, o investimento na educação para a saúde a fim de reduzir a percentagem de população obesa e com excesso de peso é uma medida fundamental a ser implementada na prática dos enfermeiros de família como forma de promover a redução das consequências da obesidade.

É importante aconselhar o ganho de peso adequado durante a gravidez, de acordo com o peso inicial, criando objetivos quantificados desde do início. Assim é possível, não só identificar

grávidas com desvio ponderal no início da gravidez, como também detetar ganhos de peso excessivos.

O período pré-concepcional e gravidez são períodos de vida que levam a uma maior consciencialização geral da alimentação, podendo influenciar o comportamento nutricional da mulher no futuro (Lavinha, 2006). Esta é uma oportunidade de excelência para mudar e implementar comportamentos e hábitos de vida saudáveis, uma vez que a mulher/casal/família que pretendem engravidar estão mais motivados para aderir a um estilo de vida saudável, tanto por si, como “pelo seu bebe”, como refere Roksund (2011:466) estes são “golden moments” em que as condições para o aconselhamento são particularmente oportunas.

Desta forma, o acompanhamento nesta fase parece ser fundamental, não só para proporcionar à mulher grávida um equilíbrio entre aumento de peso e satisfação das suas necessidades nutricionais, mas também como meio de educar as mães de famílias, de forma a perpetuar os conhecimentos de alimentação saudável nas gerações futuras.

Segundo o IOM (2009) e DGS (2015a) a avaliação do peso é um método simples, fiável, não invasivo e baixo custo para a avaliação do estado nutricional da grávida. Por outro lado, importa referir, que melhorando o estado nutricional pré-concepcional e ganho ponderal adequado, contribuímos para a redução de custos em saúde (Chu et al., 2008).

Assim, várias estratégias podem ser delineadas pelos Enfermeiros de Família, nomeadamente planejar e conceber ações de sensibilização à comunidade para a participação em sessões de educação para a saúde sobre alimentação saudável e prática de exercício físico (Feitosa, Queiroz, Vianna & Schleu, 2010). Estas sessões poderão ser direcionadas para as mulheres que planeiam engravidar ou já grávidas, de preferência numa fase inicial da gravidez.

Com esta investigação não se pretende a obtenção de resultados generalizáveis, mas sim a análise dos dados e interpretação dos resultados com vista a compreender e refletir sobre a problemática em estudo.

7. SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Analisando o percurso do estágio e refletindo sobre as experiências e atividades realizadas, considera-se que o processo de aquisição e desenvolvimento de competências foi realizado de forma sistemática, assente numa prática baseada em evidências científicas e orientado para a promoção da saúde e bem-estar da família.

De uma forma geral, podemos afirmar que as atividades realizadas durante o estágio foram baseadas na mobilização ativa de conhecimentos e competências adquiridos ao longo do mestrado, correspondentes a diferentes disciplinas, entre elas metodologias e investigação em enfermagem, comunicação e relação de ajuda, Enfermagem de Família: dos referenciais à prática, Família como unidade de cuidados, Transições Familiares e Modelos e Teorias de avaliação Familiar.

Com o intuito, de obter um conhecimento mais direcionado, aquisição e desenvolvimento de competências ao nível de saúde familiar, o estágio revelou-se como um meio privilegiado para a conceção dos objetivos propostos. Ao longo do processo formativo encontrámos alguns obstáculos, que se constituíram como um desafio e contribuíram para o desenvolvimento das nossas competências.

Em suma, analisando os objetivos, inicialmente delineados para o desenvolvimento do estágio, podemos afirmar que foram atingidos bem como as competências delineadas pela Ordem dos Enfermeiros, como essenciais à prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Encaramos a participação neste estágio como ativa e assídua, com interesse e empenho pelas atividades em desenvolvimento em todas as áreas na USF LS. Foi um percurso formativo que proporcionou a construção e realização de um projeto em cuidados especializados de qualidade que culminou na realização pessoal e profissional.

A realização do estudo empírico tornou-se também uma mais-valia no desenvolvimento de competências de investigação, essências para o desempenho profissional assente numa “prática baseada na evidência”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abecasis, M. P. (2015). *A gravidez , o aumento de peso e o acompanhamento nutricional : Custos e benefícios*. Universidade de Lisboa.
- Abreu, W. C. (2001). *Metodologias de Ensino da Especialidade, área da Enfermagem* (Universida). Aveiro.
- Alarcão, I. (1996). Reflexão Crítica Sobre o Pensamento de D. Schön e os Programas de Formação de professores. In *Formação Reflexiva de Professores. Estratégias de Supervisão* (pp. 9–39). Porto: Porto Editora.
- Alden, K. R. (2008). Avaliação e Cuidados ao Recém-Nascido. In *Enfermagem na Maternidade* (7ª edição, pp. 587–649). Loures: Lusodidacta.
- Arrowsmith, S., Wray, S., & Quenby, S. (2011). Maternal obesity and labour complications following induction of labour in prolonged pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(5), 578–588. <http://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02889.x>
- Assunção, P. L. de, Melo, A. S. de O., Gondim, S. S. R., Benício, M. H. D., Amorim, M. M. R., & Cardoso, M. A. A. (2007). Ganho ponderal e desfechos gestacionais em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família em Campina Grande, PB (Brasil). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10(3), 352–360. <http://doi.org/10.1590/S1415-790X2007000300006>
- Barbieri, M. do C., Martins, M. M., Andrade, M. H. F. M. J. M. L., Vilar, P. da C. O. H. I. F. A. I., & Carvalho, M. R. S. J. C. (2010). *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família. Escola Superior de Enfermagem do Porto - Núcleo de Investigação em Enfermagem de Família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from [http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2118743933/Enfermagem de Familia \[e-book-2010\].pdf](http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2118743933/Enfermagem de Familia [e-book-2010].pdf)
- Braz, L., Figueiredo, L., & Fonseca, F. (2013). A influência da obesidade e ganho ponderal no peso do recém-nascido num grupo de grávidas com diabetes gestacional. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes E Metabolismo*, 8(2), 70–76. <http://doi.org/10.1016/j.rpedm.2013.10.001>
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., ... Galvão-Teles, A. (2008). Overweight and obesity in Portugal: National prevalence in 2003-2005. *Obesity Reviews*, 9(1), 11–19. <http://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00422.x>
- Chu, S., Callaghan, W., Kim, S., Schmid, C., Lau, J., England, L., & Dietz, P. (2008). Maternal

- Obesity and Risk of Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 30(8), 2070–2076.
<http://doi.org/10.2337/dc06-2559a>.The
- Clow, B., Bernier, J., & Barber, T. (2012). *Weight Expectations: Experiences and Needs of Overweight and Obese Pregnant Women and Their Health Care Providers*. Dal.Ca. Retrieved from http://www.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/ace-women-health/live/ACEWH_weight_expectations_final_report_ths.pdf
- Correia, P. I. da C. (2002). Diabetes Gestacional - Intervenção do enfermeiro. *Revista Nursing*, 167, 29–33.
- Correia, S., Nascimento, C., Gouveia, R., Martins, S., Sandes, A. R., Figueira, J., ... Da Silva, L. (2007). Gravidez e tabagismo: Uma oportunidade para mudar comportamentos. *Acta Medica Portuguesa*, 20(3), 201–207.
- Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª Edição). Almedina.
- Decreto-Lei-28/2008. (2008). Conselho de Ministros. *Diário Da República*, 1.ª Série, (N.º 38 — 22 de Fevereiro de 2008), 1182–1189.
- DGS. (2006). Prestação de cuidados pré-concepcionais.
- DGS. (2008). *Saúde Reprodutiva / Planeamento Familiar*.
- DGS. (2011a). *Diagnóstico e conduta na Diabetes Gestacional* (No. 007/2011). Norma da DGS. Lisboa.
- DGS. (2011b). Relatório de Consenso Diabetes e Gravidez. *Direção Geral de Saúde*, 21.
- DGS. (2012a). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 4.2 Objetivo para o Sistema de Saúde-promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida*. Lisboa.
- DGS. (2012b). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Direção Geral de Saúde*, 1–107.
- DGS. (2015). *Alimentação e Nutrição na Gravidez*. (P. N. para a P. da A. Saudável, Ed.). Lisboa.
- DGS. (2015). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020.
- DGS. (2015). *Programa Nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. (DGS, Ed.). Lisboa.
- Erick, M. (2010). Nutrição durante a Gestação e lactação. In *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia* (12ª edição, pp. 160–198). Elsevier Editora.
- Feitosa, A. C. R., Queiroz, A. M., Vianna, A. M., & Schleu, M. (2010). Aplicação de programa educativo multidisciplinar em gestações de alto risco devido a doenças endócrinas. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia*, 32(10), 504–509.
- Ferreira, L. (2011). *Ganho ponderal gestacional*. Instituto Politécnico de Viseu. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/1562>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família* (1ª edição). Loures: Lusociência.

- Flick, A., Brookfield, K., de la Torre, L., Tudela, C., Duthely, L., & González-Quintero, V. H. (2009). Excessive Weight Gain among Obese Women and Pregnancy Outcomes. *American Journal of Perinatology*, 27(4), 333–338. <http://doi.org/10.1055/s-0029-1243304>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Frattesi, F. F., & Júnior, M. D. C. (2010). Obesidade e complicações gestacionais. *Femina*, 261–264. Retrieved from <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a007.pdf>
- Gadelhas, P. ., Cercato, C. ., Mancini, M. ., & Geloneze, B. (2010). Obesidade e Gestação. In *Tratado de Obesidade* (2ª edição, pp. 356–358). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gomes, E., Soares, A., & Campos, R. (2013). Obesidade e gravidez: conhecer para atuar precocemente? A realidade numa unidade de saúde familiar. Retrieved April 29, 2015, from http://ac.els-cdn.com/S1646343913000035/1-s2.0-S1646343913000035-main.pdf?_tid=a3108d0c-ee56-11e4-8a9c-00000aab0f02&acdnat=1430301839_d38275fcf782452df6b09783915bc392
- Gonçalves, C. V., Mendoza-Sassi, R. A., Cesar, J. A., Castro, N. B. de, & Bortolomedi, A. P. (2012). Índice De Massa Corporal E Ganho De Peso Gestacional Como Fatores Preditores De Complicações E Do Desfecho Da Gravidez. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia*, 34(7), 304–309. <http://doi.org/10.1590/S0100-72032012000700003>
- Gouveia, R., Martins, S., Sandes, A. R., Nascimento, C., Figueira, J., Valente, S., ... Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2015). *Diabetes: Factos e Números - o ano 2014. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 11/2015* (Vol. 11). Lisboa. <http://doi.org/ISBN:978-989-96663-1-3>
- Graça, L. M. (2004). Hipertensão arterial na gravidez. In *Medicina Materna-Fetal* (3rd ed., pp. 491–514). Lisboa: Lidel.
- Gunatilake, R. P., & Perlow, J. H. (2011). Obesity and pregnancy: clinical management of the obese gravida. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 204(2), 106–19. <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.10.002>
- Houck & Kodalek. (2005). Investigação em Famílias e Enfermagem de Família. In *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família* (pp. 65–82). Loures: Lusodidacta.
- INE. (2011). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Norte*. Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- IOM. (2009). Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. <http://doi.org/10.1097/00006250-196901000-00025>
- Jerónimo, J. M. A. (2011, September). Diabetes Gestacional. *Revista Sinais Vitais*, nº98, 36–38.
- Lacerda, E. M. de A., & Leal, M. do C. (2004). Fatores associados com a retenção e o ganho de peso pós-parto: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 7(2), 187–200. <http://doi.org/10.1590/S1415-790X2004000200008>

- Lancaster, & Stanhope. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupo, Famílias e Indivíduos* (4ª Edição). Loures: Lusociência.
- Lavinha, I. (2006). Aspectos nutricionais na grávida hipertensa obesa. Retrieved May 21, 2015, from <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/736/1/Arq MAC 2006 30.pdf>
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7ª Edição). Loures: Lusodidacta.
- Marinho, L., Ferreira, A. P., Bento, A., Rodrigues, G., & Costa, I. (2003). Diabetes e gravidez – cinco anos de uma consulta. *Medicina Interna*, 10, 123–128.
- Masho, S. W., Bishop, D. L., & Munn, M. (2013). Pre-pregnancy BMI and weight gain: where is the tipping point for preterm birth? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 120. <http://doi.org/10.1186/1471-2393-13-120>
- Mendonça, M., & Ribeiro, O. (2011). O delirium no doente de cuidados intensivos, 1–9.
- Miguel, L. S., & Sá, A. B. de. (2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*, (Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016), 40.
- Ministério da Saúde. (2012). *Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP Pressupostos para a sua implementação. Ministério da Saúde Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*.
- Ministério da Saúde. (2015). Portaria n.º 8/2015 de 12 de janeiro (Identificação das experiências piloto do Enfermeiro de Família), 374–376. Retrieved from [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Port n.º 8.2015, de 01-12 \(Enfermeiro de família - experiências-piloto\).pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Port n.º 8.2015, de 01-12 (Enfermeiro de família - experiências-piloto).pdf)
- Ministério da Saúde e Ministerio das Finanças (2016). Despacho n.º 6739-A/2016, (4), 12164. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/74499605>
- Moreira, M., Costa, F. P., Ferreira, R., & Silva, M. F. (2015). A importância do peso na gravidez: antes, durante e depois. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes E Metabolismo*, 10(2), 147–151. <http://doi.org/10.1016/j.rpedm.2014.11.003>
- Moura, E., Oliveira, C., Damasceno, A., & Pereira, M. (2010). Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. *Cogitare Enfermagem*, 15(2), 250–255. Retrieved from <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17855/11650>
- Nomura, R., Paiva, L., Costa, V., Liao, A., & Zugaib, M. (2012). Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de alto risco. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia*, 34(3), 107–12. <http://doi.org/10.1590/S0100-72032012000300003>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A cada Família O seu Enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem Tomada de Posição*. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. (International Council of Nurses – ICN, Ed.). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Livro de Bolso do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetria/Parteiras*. Ordem dos Enfermeiros (1ª Edição, Vol. 1). Lisboa. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar.
- Paiva, S., Ruas, L., Campos, M., Melo, M., Santos, J., Lobo, A., ... Carvalheiro, M. (2007). Obesidade e gravidez. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes E Metabolismo*, 7–10. Retrieved from http://www.spedm.org/media/Obesidade_e_gravidez-20121112-124213.pdf
- Pereira, M. G. (2007). Família, Saúde e Doença: Teoria, Prática e Investigação (pp. 251–270).
- Pereira, M. G. (2010). Importância da avaliação familiar na doença (pp. 63–76). Edições Profissionais Sociedade Unipessoal Lda. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1822/16520>
- Poole, J. (1999). Hipertensão, Hemorragias e Infecções Maternas. In *Enfermagem na Maternidade* (4ª Edição, pp. 579–643). Loures: Lusociência.
- PORDATA. (2015). Idade média da mãe ao nascimento de um filho.
- PORTADA. (2013). Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho, 1–4.
- Queiroz, A. A. (2009, July). Enfermeiros e Famílias: Abordagem sobre a Enfermagem de Família e o Enfermeiro (de saúde) da Família. *Revista Sinais Vitais* nº85, 11–20.
- Raposo, L., Ferreira, C., Fernandes, M., Pereira, S., & Moura, P. (2011). Complicações da Obesidade na Gravidez. *Arquivos de Medicina*, 25(3), 115–122. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132011000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família Perspectiva Sistémica* (1st ed.). Porto: Afrontamento.
- Rito, A., Breda, J., & Carmo, I. (2010). *Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil*. (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Ed.) Dgs- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Lisboa.
- Roksund, G. (2011, September). Cuidados de Saúde Preventivos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar*, 27, 466–468. Retrieved from <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10891/10627>

- Rua, M. dos S. (2011). *De Aluno a Enfermeiro: desenvolvimento de competências em ensino clínico*. Loures: Lusociência.
- Sá-Chaves, I. (2005). *Os "Portofolios" reflexivos (também) trazem gente dentro - Reflexões em torno do uso na humanização dos processos educativos*. Porto: Porto Editora.
- Santos, E. E. (2015). *Estilos de vida na gravidez - Evidências e Recomendações*. Universidade de Coimbra. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316/30693>
- Sardinha, L., Silva, A., Santos, D., Raimundo, A., Moreira, H., Vale, S., & Mota, J. (2012). Prevalence of Overweight, Obesity, and Abdominal Obesity in a Representative Sample of Portuguese Adults. Retrieved May 21, 2015, from http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/media/1487/prevalence-of-overweight_obesity-and-abdominal-obesity-in-a-representative-sample-of-portuguese-adults.pdf
- Schön, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. (A. Médicas, Ed.). Porto Alegre.
- Seabra, G., Padilha, P. D. C., Queiroz, J. A. De, & Saunders, C. (2011). Sobrepeso e obesidade pré-gestacionais: prevalência e desfechos associados à gestação. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia*, 33(11), 348–353. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011001100005>
- Sequeira, J., Simões, C., Colaço, V., & Dias, J. (2013). Evolução ponderal na gravidez, preditores e consequências: estudo retrospectivo. *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar*, 29(2), 98–104. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732013000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Silva, A. R. C. (2013). *Índice de massa corporal e ganho ponderal gestacional como fator determinante do peso ao nascer do recém-nascido*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Silva, M. H. (2009, July). Importância da avaliação das necessidades da família do doente, para o desenvolvimento da profissão de enfermagem. *Revista Sinais Vitais* nº85, 45–48.
- Silva, P. C. O. (2013). *Ganho Ponderal Gestacional: Impacto na Saúde da Mulher*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Superior Politecnico de Viseu.
- Simões, J. F., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referencia*, 2, 91–108.
- Subtil, C. L. (2009, July). Autonomia do Enfermeiro de Família nas Unidades de Saúde Familiar - USF's. *Revista Sinais Vitais* nº85, 40–44.
- Thangaratinam, S., Rogozinska, E., Jolly, K., Glinkowski, S., Roseboom, T., Tomlinson, J. W., ... Khan, K. S. (2012). Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric

outcomes: meta-analysis of randomised evidence. *Bmj*, 344(may16 4), e2088–e2088.
<http://doi.org/10.1136/bmj.e2088>

UA, UTAD, & IPB. (2015). *Guia Orientador Estágio*.

USF La Salette. (2015). *Plano de Acção Triénio 2015/2017 Candidatura Modelo B*.

Ventura, M. T., & Gomes, C. (2009). Análise Descritiva de Parturientes e Recém-nascido na Maternidade Hospital Dona Estefânia entre 2005 e 2008. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 793–802.

Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias*. São Paulo: Roca.

ANEXOS

ANEXO I - PLANO DA SESSÃO, SESSÃO APRESENTADA E PANFLETOS INFORMATIVOS

PLANO DE SESSAO – “A importância de uma gravidez saudável”

Sessão de Educação para a Saúde “A importância de uma gravidez saudável”	Data: 10 de dezembro de 2015 e 14 de dezembro de 2015	Horário: 18:00 e às 11:00
Formador: Alda Arlete Moreira Resende	Local: USF La Salette	Duração: 45 minutos
Destinatários: Grávidas que frequentam o Programa de Saúde Materna na USF La Salette		

Objetivos Específicos	Atividades / Conteúdos	Recursos Didáticos	Métodos / Técnicas Pedagógicas	Instrumentos de Avaliação	Tempo
<u>Conhecer e interpretar:</u> - Incentivar a uma alimentação saudável ao longo dos trimestres da gravidez; - Importância do exercício físico; - Dar a conhecer os desconfortos da gravidez e forma de os ultrapassar; - Alimentação em segurança, na qual se de a conhecer os riscos da toxoplasmose e alimentos a evitar.	I. Fundamentação da Importância hábitos de vida saudável, com uma alimentação saudável, importância do exercício físico. Dar a conhecer os desconfortos da gravidez e formas de os ultrapassar. Alimentação em segurança. II. Apresentação do panfleto de alimentação saudável.	Tela, portátil e projector	Expositivo	Observação e participação	45 min



Nutrir-se a si e ao seu bebê

Alimentar-se em segurança

Ficar em forma

Que Incômodos posso sentir?

*A importância de uma
gravidez Saudavel*

USF
La Salette
Oliveira de Azeméis
[Equipe de Enfermagem]

Nutrir-se a si e ao seu bebê



Calorias na gravidez

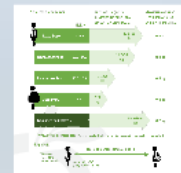
Comer por dois?

A maioria das mulheres grávidas precisam de 300 calorias adicionais diariamente.

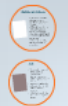


A alimentação da grávida deverá ser uma **alimentação saudável**, ou seja, **completa, equilibrada, variada e segura**, de acordo com as orientações da Roda dos Alimentos.

Ganho Ponderal



Alimentação no 1º Trimestre



Alimentação no 2º Trimestre



Alimentação no 3º Trimestre

Calorias na gravidez


Comer por dois?

A maioria das mulheres grávidas precisam de 300 calorias adicionais diariamente.



A alimentação da grávida deverá ser uma **alimentação saudável**, ou seja, **completa**, **equilibrada**, **variada** e segura, de acordo com as orientações da Roda dos Alimentos

Ganho Ponderal

SE ANTES DA GRAVIDEZ ...	IMC ^a	RECOMENDAÇÃO DO AUMENTO DE PESO IDEAL DURANTE A GRAVIDEZ ...	AUMENTO DE PESO POR SEMANA NO 2º E 3º TRIMESTRES
 BAIXO PESO	< 18,5	12,5-18 kg	0,5 kg
NORMOPONDERAL	18,5 - 24,9	11,5-16 kg	0,4 kg
EXCESSO DE PESO	25,0 -29,9	7-11,5 kg	0,3 kg
 OBESIDADE	≥ 30	5-9 kg	0,2 kg
GRAVIDEZ DE GÊMEOS		15,9-20,4 kg	0,7 kg

^a IMC, índice de massa corporal (peso em kg dividido pela altura em metros ao quadrado, ou kg/m²)

EXEMPLO

Mulher de:
Peso= 60 kg
Altura = 1,60 m



IMC = 23,4 kg/m²
(60 kg /1,60m x 1,60m)

deverá aumentar entre 11,5 a 16 kg



Alimentação no 1º Trimestre



Hidratos de Carbono



- Os hidratos de carbono integrais são mais nutritivos e boa fonte de energia;
- A fibra ajuda a regular o trânsito intestinal e a prevenir a obstipação;
- A escolha de **pão integral** e **arroz integral** em vez de pão branco.
- Deixe de lado os bolos, biscoitos e bolachas recheados.

Ferro



- Durante a gravidez as necessidades de ferro aumentam para que a produção de glóbulos vermelhos (hemoglobina) que transporta o oxigénio ao bebé através do placenta e para evitar fadiga.
- Alimentos ricos em ferro incluem: carne vermelha magra, peixe e frango (frutos secos, lentilhas).
- A **absorção de ferro** pode ser **aumentada** conjugando a ingestão destes alimentos com outros ricos em **vitamina C** (sumo de laranja ou limonada, salada de tomate).

Iodo



- Desempenha um papel determinante no crescimento e desenvolvimento dos órgãos, especialmente do cérebro.
- Como não é sintetizado pelo organismo, deve ser obtido a partir dos alimentos.
- Alimentos ricos em iodo encontram-se os peixes de mar.

Ácido fólico



- A ingestão de alimentos ricos em ácido fólico previne defeitos no tubo neural do feto, prevenindo a espinha bifida.
- Os alimentos ricos em ácido fólico incluem-se: **couve, brócolos, espinafres, couve-flor, feijão, lentilhas, ervilhas, milho, amendoins, morangos e laranjas, entre outros.**

Hidratos de Carbono



- Os hidratos de carbono integrais são mais nutritivos e boa fonte de energia;
- A fibra ajuda a regular o trânsito intestinal e a prevenir a obstipação;
- A escolha de **pão integral** e **arroz integral** em vez de pão branco.
- Deixe de lado os bolos, biscoitos e bolachas recheadas.

Ferro



- Durante a gravidez as necessidades de ferro aumentam para que a produção de glóbulos vermelhos (hemoglobina) que transporta o oxigênio ao bebê através da placenta e para evitar fadiga.
- Alimentos ricos em ferro incluem: carne vermelha magra, peixe e frango, frutos secos, lentilhas.
- A **absorção de ferro** pode ser **aumentada** conjugando a ingestão destes alimentos com outros ricos em **vitamina C** (sumo de laranja ou limonada, salada de tomate).

Iodo



- Desempenha um papel determinante no crescimento e desenvolvimento dos órgãos, especialmente do cérebro.
- Como não é sintetizado pelo organismo, deve ser obtido a partir dos alimentos.
- Alimentos ricos em iodo encontram-se os peixes de mar.

Ácido fólico



- A ingestão de alimentos ricos em ácido fólico previne defeitos no tubo neural do feto, prevenindo a espinha bífida.
- Os alimentos ricos em ácido fólico incluem-se: **couves, brócolos, espinafres, couve-flor, feijão, lentilhas, ervilhas, milho, amendoins, morangos e laranjas, entre outros.**

Alimentação no 2º Trimestre



Alimentação no 3º Trimestre

Ficar em forma



Exercício na gravidez

Benefícios:

- Manter-se em forma e com flexibilidade
- Evitar HTA e diabetes gestacional
- Auxiliar a prevenir a obesidade
- Auxiliar a manter o peso sob controle
- Aumento da circulação e do retorno venoso, que ajudará a reduzir o edema (inchado)
- Deixa a mulher grávida mais vigorosa, ativa e bem-disposta
- Reduz a probabilidade de sofrer de dores de costas
- Melhor preparação para o parto



Exercício na gravidez



Natação



Caminhadas



Ioga



Pilates



Ginástica



Sinais de Alerta

- Sinais de perda de líquido ou sangue vaginal
- Fadiga excessiva, palpitações ou dor de peito
- Dores abdominais sem causa aparente
- Perda momentânea da visão, fortes dores de cabeça ou tonturas
- Sinais de tromboembolias
- Contrações persistentes
- Insuficiente ganho de peso (menos de um quilo/mês no 2º e 3º trimestre)



Exercício na gravidez

Benefícios

- Mante-la em forma e com flexibilidade;
- Evitar HTA e diabetes gestacional;
- Ajudar a prevenir a obstipação;
- Ajudar a manter o peso sob controlo;
- Aumenta a circulação e o retorno venoso, que ajudará a reduzir o edema (inchaço);
- Deixa a mulher grávida mais vigorosa, ativa e bem-disposta;
- Reduz probabilidade de sofrer de dores de costas;
- Melhor preparação para o parto.



Exercício na gravidez



Natação



Caminhadas



Ioga



Pilates



Ginásio



Sinais de Alerta

- Sinais de perda de líquido ou sangue vaginal;
- Fadiga excessiva, palpitações ou dor de peito;
- Dores abdominais sem causa aparente;
- Perda momentânea da visão, fortes dores de cabeça ou tonturas;
- Sinais de tromboflebitides;
- Contrações persistentes;
- Insuficiente ganho de peso (menos de um quilo/mês no 2º e 3º trimestre).



Que incômodos posso sentir?

Naúseas e Vômitos

Causas:

- Alterações hormonais na gravidez (HCG).
- Diminuição dos sucos digestivos.
- Origem emocional.
- Ab. metabólica dos glicídios.

Formas de alívio:

- Deitar e voltar logo depois de dormitado o vômito.
- Manter a cabeça baixa posturar-se com o corpo a 45 graus.
- Beber de 1 em 1 litro.
- Comer 100 calorias.
- Diminuir a ingestão de alimentos.
- Usar uma dose de 10 mg de vitamina B6.
- Usar alimentos frios, secos, muito mastigados, e não apanhar um banho frio.
- Usar roupas e acessórios.



Azia

Causas:

- Lentificação do movimento da digestão.
- Compressão da parede gástrica.
- Aumento o tempo do movimento gástrico.
- Compressão gástrica pelo peso do feto e da gravidez.

Formas de alívio:

- Usar a acupuntura no ponto de acupuntura.
- Usar o óleo de menta ou o óleo de eucalipto.
- Manter uma boa postura.
- Usar uma roupa confortável.
- Usar uma roupa confortável.
- Usar uma roupa confortável.
- Usar uma roupa confortável.
- Usar uma roupa confortável.



Obstipação

Causas:

- Lentificação da motilidade GI provoca um aumento da resistência de água.
- O intestino está sob pressão pelo aumento do feto.
- A ingestão de suplementos de ferro prejudica.

Formas de alívio:

- Beber 6 a 8 copos de água por dia.
- Dieta rica em fibras.
- Exercício moderado.
- Manter hábitos intestinais regulares.
- Não tomar laxantes sem antes falar com o médico.



Hemorróides

Causas:

- Compressão dos grandes vasos pelo útero aumentado.
- A obstipação aguda uma vez que necessita de realizar mais esforço no evacuar.

Formas de alívio:

- Dieta rica em fibras.
- Manter hábitos intestinais regulares.
- Realizar banhos de asento com água fria para aliviar, para prevenção, estimulação da tonicidade ou aplicar gelo local.



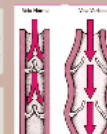
Varizes

Causas:

- Distensões patológicas e permanentes nas veias superficiais.
- Também se incapazes de fazer o sangue retornar ao coração.

Formas de alívio:

- Controlar o peso.
- Evitar roupas apertadas.
- Não permanecer na mesma posição por longos períodos de tempo (sentada ou de pé).
- Usar meias elásticas, compressão classe 2.
- Drenagem postural, com elevação das pernas acima do coração.
- Dormir para a lado esquerdo.



Cãibras

Causas:

- Carencia de cálcio e magnésio, que provoca contração das fibras musculares.

Formas de alívio:

- Evitar vestir roupas apertadas.
- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em cálcio e magnésio.
- Quando surgir, puxar ao seu companheiro para massagear o músculo afetado e aplicar água quente e fria alternadamente, até este voltar a relaxar.



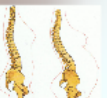
Dores nas Costas

Causas:

- Os ossos da bacia sofrem uma ligeira rotação por ao longo do parto e da gravidez.

Formas de alívio:

- Sentado numa posição de 90° e com as pernas abertas no chão.
- Adotar uma postura adequada, corrigir a posição sempre que tender a dobrar os cotovelos.
- Evitar saltos altos.
- Colocar uma almofada entre as pernas, quando estiver deitada.



Naúseas e Vômitos

Causas:

- Alterações hormonais na gravidez (HCG);
- Diminuição dos sucos digestivos;
- Origem emocional;
- Alt. metabólica dos glícidos

Formas de alívio

- Evitar o estomago vazio ou demasiado cheio;
- Manter uma boa postura- não comprimir o estomago;
- Parar de fumar?!
- Comer HC ao acordar;
- Permanecer deitada quando os sintomas surgirem;
- Fazer cerca de 10 refeições diarias;
- Evitar alimentos fritos, picantes, muito condimentados, e que provoquem flatulencia;
- Evitar cheiros intensos;



Azía

Causas:

- Lentificação da motilidade GI e da digestão;
- Diminuição do peristaltismo;
- Aumenta o tempo do esvaziamento gástrico;
- O estômago empurrado para cima pelo útero gravídico.

Formas de alívio

- Limitar ou evitar refeições abundantes;
- Evitar alimentos gordos ou susceptíveis de provocar flatulência;
- Manter uma boa postura;
- Beber leite para alívio temporário;
- Chá de ervas morno;
- Comer amendoas
- O médico pode prescrever anti-ácidos;
- Evitar deitar-se logo após as refeições;
- Deitar-se com a cabeça elevada.



Obstipação

Causas:

- Lentificação da motilidade GI provoca um aumento da reabsorção de água;
- O intestino está sob pressão pelo aumento do útero;
- A ingestão de suplementos de ferro predispõe.

Formas de alívio

- Beber 6 a 8 copos de água por dia;
- Dieta rica em fibras;
- Exercício moderado;
- Manter hábitos intestinais regulares;
- Não tomar laxantes sem antes falar com o médico...



Hemorróides

Causas:

- Compressão dos grandes vasos pelo útero aumentado;
- A obstipação agrava uma vez que necessita de realizar mais esforço ao evacuar.

Formas de alívio

- Dieta rica em fibras;
- Manter hábitos intestinais regulares;
- Realizar banhos de assento com água fria após evacuar, para prevenção, estimulação da tonicidade ou aplicar gelo local.



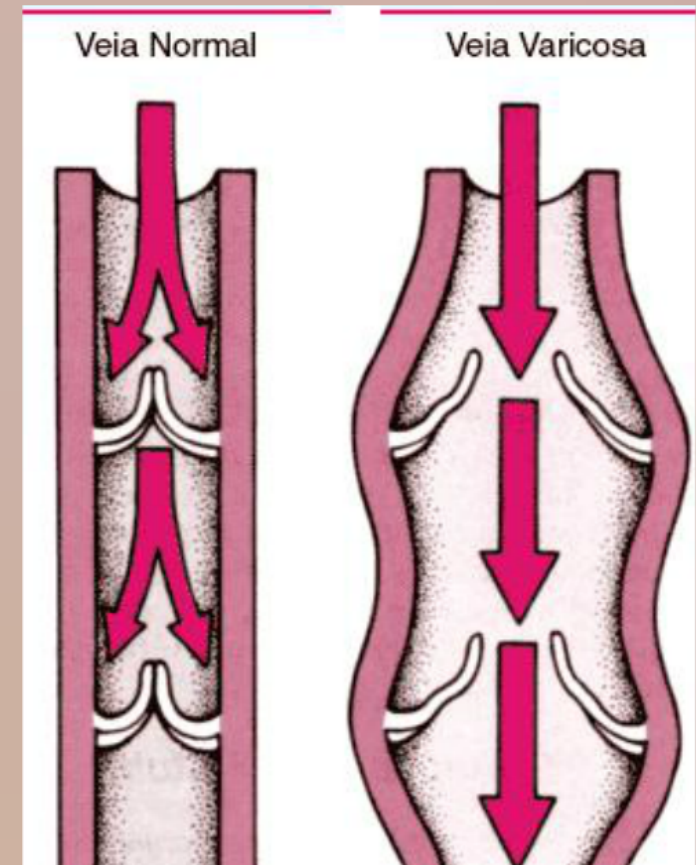
Varizes

Causas:

- Dilatações patológicas e permanentes nas veias superficiais;
- Tornam-se incapazes de fazer o sangue retornar ao coração.

Formas de alívio

- Controlar o peso;
- Evitar roupas apertadas;
- Não permanecer na mesma posição por longos períodos de tempo (sentada ou de pé);
- Usar meia elástica, compressão classe 2;
- Drenagem postural, com elevação das pernas acima do coração.
- Dormir para o lado esquerdo.



Cãibras

Causas:

- Carencia de cálcio e magnésio, que provoca contração das fibras musculares.

Formas de alívio

- Evitar vestir roupas apertadas;
- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em cálcio e magnésio;
- Quando surgir, peça ao seu companheiro para massajar o músculo afetado e aplicar água quente e fria alternadamente, até este voltar a descontraír.



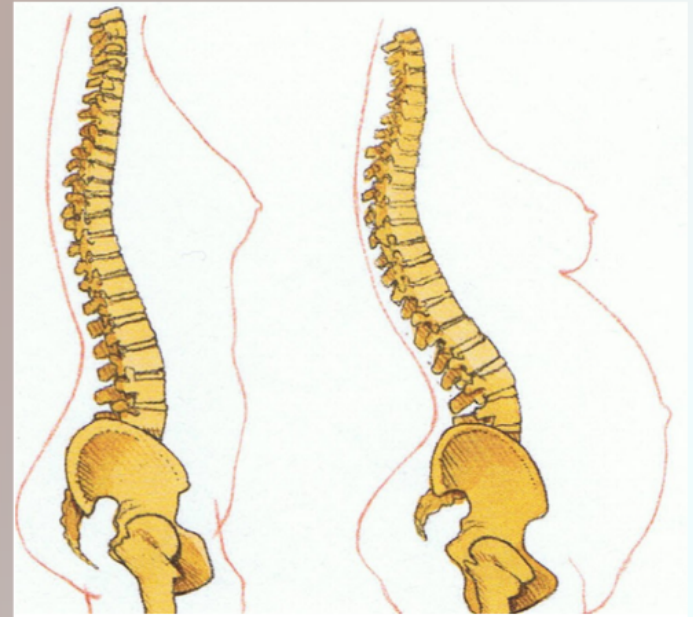
Dores nas Costas

Causas:

- Os ossos da bacia sofrem uma ligeira rotação por aumento do perímetro abdominal.

Formas de alívio

- Sentada numa posição de 90° e com os pés apoiados no chão;
- Adoptar uma postura adequada, corrigir a posição sempre que tender a dobrar as costas;
- Evitar saltos altos;
- Colocar uma lamofada entre as pernas, quando estiver deitada.



A photograph of a pregnant woman lying on her back on a light-colored wooden floor. She is wearing a white short-sleeved top and grey sweatpants with a drawstring. Her hands are resting on her bare, rounded pregnant belly. The image is cropped to focus on the midsection.

A toxoplasmose é provocada pelo protozário, *Toxoplasma* (gângli).
 Não gravidez é uma infecção, geralmente assintomática para a mãe, mas que pode ser muito perigosa para a bebê.

Os riscos da toxoplasmose no gravidez são maiores quando a mulher não teve contato com o parasita, pois se infectada ao longo da gestação, pode transmitir a doença para o bebê, o que pode trazendo problemas mais graves.



Durante os três primeiros meses de gravidez, o risco de infectar o bebê é baixo, contudo o risco de lesões é elevado.

Os cuidados para evitar toxoplasmose na gravidez com a mulher não seja imune à doença, são os seguintes:

- Conhecer os valores normais e os sinais de alerta de cada sistema, depois de cada exame.
- Saber manter bem os registros e os dados antes de cada exame.
- Saber lidar com o cliente e com os equipamentos, com o cliente antes do exame para evitar desconfortos.
- Utilizar a técnica e a base de fundamentos para o exame e, depois, fazer o correto diagnóstico.
- Ler os livros, revistas, depois de ter feito o exame e de acordo com o diagnóstico.
- Ter a consciência com o diagnóstico e o tratamento.
- Ser capaz de avaliar o cliente, fazer o diagnóstico, saber qual o plano terapêutico para o cliente.
- Ter a consciência com os dados dos exames e se o cliente tem frequência, ou não, de fazer o exame.
- Saber lidar com o cliente, fazer bem o exame e de acordo com o plano terapêutico.
- Ter o cuidado de diagnosticar os diversos.
- Ser capaz de lidar com o cliente.



Peixes/carnes e ovos crus

- Consumir carnes cruas ou mal passadas, risco de toxoplasmoze.
- A proveniência e a confeção desses alimentos é que pode prejudicar colarar em risco a sua saúde.
- Atum, peixe-espada, tambaqui devido à elevada concentração de mercúrio;
- Ovos crus ou mal cozidos (molhoise, mousses, doce de ovos) aumentam risco de salmonela



Leite e queijos não pasteurizados/
Enchidos

- Queijo **male** não pasteurizado (Camembert, Brie, Feta, Fresco)
- Requeijão
- Patês (animal ou vegetal);
- Leite fresco não pasteurizado
- Enchidos



Bebidas alcoólicas e Cafeína

- Bebidas alcoólicas proibidas, uma vez que causam má-formações e atraso mental;
- Caféina tende a aumentar a tensão arterial, o que pode prejudicar. Pode substituir o café ou chá (preto, verde) e colo por:
 - infusões ou tisanas (camomila, tilia, flor de laranjeira, cidreira)
 - café descafeinado ou resaca



Toxoplasmose

A toxoplasmose é provocada pelo protozoário, *Toxoplasma Gondii*.

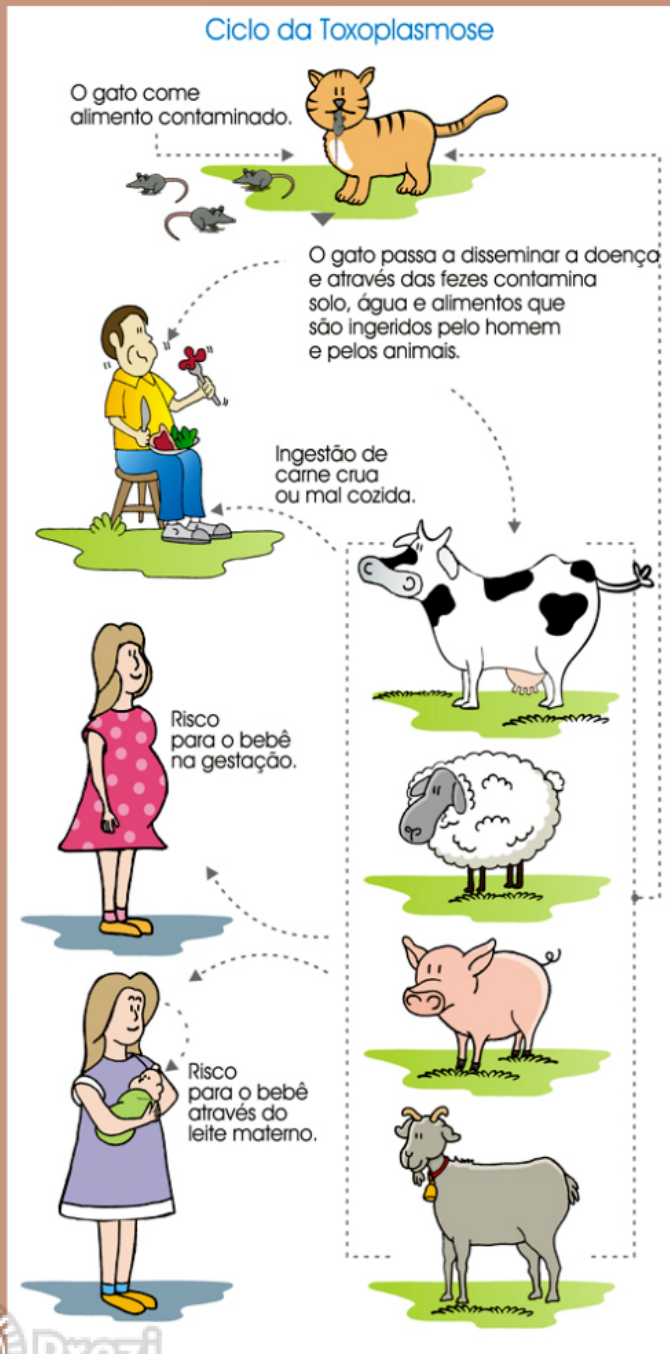
Na gravidez é uma infecção, geralmente assintomática para a mãe, mas que pode ser muito perigosa para o bebê.

Riscos da toxoplasmose na gravidez

Os riscos da toxoplasmose na gravidez são maiores quando a mulher nunca teve contato com o parasita, pois se for infectada ao longo da gestação, poderá transmitir a doença para o bebê, o que pode trazendo problemas muito graves.



Toxoplasmose (cont.)



Durante os três primeiros meses de gravidez, o risco de infectar o bebê é baixo, contudo o risco de lesões é elevado:

Aborto espontâneo;
Hidrocefalia;
Atraso mental;
Calcificações cerebrais;
Lesões nos olhos;
Cegueira;
Surdez;
Convulsões;
Atraso do desenvolvimento.

Os cuidados para evitar toxoplasmose na gravidez caso a mulher não seja imune à doença, são os seguintes:

- Cozinhar bem a carne e lavar cuidadosamente as mãos depois de preparar;
- Lavar muito bem os legumes e as frutas antes de comer;
- Guardar os alimentos crus separados dos alimentos cozidos para evitar a contaminação;
- Usar tábuas e facas diferentes para a carne crua e, depois, lave-as com água e sabão;
- Lavar bem as mãos depois de ter tocado na caixa de areia do gato;
- Evitar contato com gatos abandonados;
- Se tiver gatos em casa, leve-os sempre ao veterinário para limpeza geral;
- Evitar contato com as fezes dos gatos e se tiver que limpá-las, usar luvas. No final de tudo, lavar bem as mãos e as luvas;
- Se mexer em terra, usar luvas para se proteger da terra contaminada;
- Ter o cuidado de descongelar os alimentos;
- Se mexer em terra use luvas.



Alimentos a evitar

Peixes/carnes e ovos crus

- Consumir carnes cruas ou mal passadas, risco de toxoplasmose.
- A proveniência e a confecção desses alimentos é que pode prejudicar colocar em risco a sua saúde.
- Atum, peixe-espada, tamboril devido à elevada concentração de mercúrio;
- Ovos crus ou mal cozidos (maionese, mousse, doce de ovos) aumenta risco de salmonela.



Alimentos a evitar (cont.)

Leite e queijos não pasteurizados/
Enchidos

- Queijo mole não pasteurizado (Camembert, Brie, Feta, Fresco);
- Requeijão
- Patés (animal ou vegetal);
- Leite fresco não pasteurizado
- Enchidos



Alimentos a evitar (cont.)

Bebidas alcoolicas e Cafeína

- Bebidas alcoolicas: proibido, uma vez que causa malformações e atraso mental;
- Cafeína tende a aumentar a tensão arterial, o que pode prejudicial. Pode substituir o café ou chá (preto, verde) e cola por:
 - infusões ou tisanas (camomila, tilia, flor de laranjeira, cidreira)
 - café descafeinado ou cevada





Equipa de Enfermagem



“Uma Alimentação Saudável durante a gravidez, para além de beneficiar saúde do seu bebé, pode contribuir para que ele tenha bons hábitos alimentares no futuro.”

(Orientação da DGS)

Elaborado por: Enfermeira Alda Resende, estagiária do 1º Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro, ano 2015/2016

Realizado: maio de 2016

Próxima Revisão: maio de 2017

Bibliografia:

- Caniço, L. (2008). *Alimentação e Nutrição em grávidas adultas*. Universidade do Porto. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10216/54442>
- DGS. (2006). *Prestação de cuidados pré-concepcionais*.
- DGS. (2015a). *Alimentação e Nutrição na Gravidez*. (P. N. para a P. da A. Saudável, Ed.). Lisboa.
- DGS. (2015b). *Programa Nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. (DGS, Ed.). Lisboa.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2006). *Nutrição Materna e Fetal*. In *Enfermagem na Maternidade* (7ª Edição., pp. 304–332). Loures: Lusodacta.



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA GRAVIDEZ

1. PORQUE É QUE A ALIMENTAÇÃO NA GRAVIDEZ É TÃO IMPORTANTE?

Todas as mulheres em idade fértil, que tencionam engravidar devem preocupar-se com o seu estado nutricional e não descuidar o seu peso.

Antes de engravidar, a mulher deve ter em conta o estado nutricional, sendo que é um fator importante para se realizar um crescimento e desenvolvimento do bebé saudável.

Durante a gravidez e a amamentação, tudo aquilo que o bebé recebe está diretamente relacionado com o que a mãe come e bebe.

Desde o período da gravidez à primeira infância, a mãe tem uma oportunidade única de contribuir para o crescimento e desenvolvimento saudável do seu bebé.

A importância de uma alimentação saudável na gravidez permite:

- Diminuição de partos por cesariana;
- Peso do bebé à nascença ideal;
- Diminuição de complicações desde a concepção ao parto.

A Alimentação na gravidez, deve ter como linha orientadora a **Roda dos Alimentos**, sendo:

- Completa (comer diariamente alimentos de cada grupo);
- Equilibrada (comer nas proporções indicadas);
- Variada (dentro de cada grupo variar o mais possível).



Cuidados básicos de Segurança Alimentar

Os cuidados para evitar infeções alimentares na gravidez :

- Cozinhar bem a carne e lavar cuidadosamente as mãos entre os diferentes momentos de confeção;
- Lavar muito bem os legumes e as frutas antes de comer;
- Guardar os alimentos crus separados dos alimentos cozidos para evitar a contaminação;
- Usar tábuas e facas diferentes para a carne crua e, depois, lavá-las com água e sabão;
- Lavar bem as mãos depois de ter tocado na caixa de areia do gato;
- Evitar contato com gatos abandonados;
- Se tiver gatos em casa, leve-os sempre ao veterinário para limpeza geral;
- Evitar contato com as fezes dos gatos e se tiver que limpá-las, usar luvas.
- No final de tudo, lavar bem as mãos e as luvas;
- Se mexer em terra, usar luvas para se proteger da terra contaminada;



7. Segurança Alimentar

Durante a gravidez deve ser particularmente cuidadosa em não contrair uma doença de origem alimentar a partir de alimentos contaminados.

Toxoplasmose

A **toxoplasmose** é provocada pelo protozoário, *Toxoplasma Gondii*. A toxoplasmose, geralmente assintomática para a mãe, mas que pode ser muito perigosa para o bebé. Os riscos da toxoplasmose na gravidez são maiores quando a mulher nunca esteve em contato com o parasita, pois se for infetada ao longo da gestação, poderá transmitir a doença para o bebé, o que pode provocar aborto espontâneo e atraso de crescimento.

Cuidados alimentares:

- Não consumir carnes cruas ou mal passadas, pois a proveniência e a confeção desses alimentos é que pode prejudicar e colocar em risco a sua saúde;
- Ingerir legumes e fruta sempre bem lavadas.

Salmonela

A Salmonelose faz parte das infeções alimentares, na presença da bactéria *Salmonella*. Esta pode estar presente nas carnes e ovos cruas ou pouco cozidas (maionese, mousse, doce de ovos).

Listeriose

A listeriose é uma intoxicação alimentar causada por uma bactéria chamada listéria.

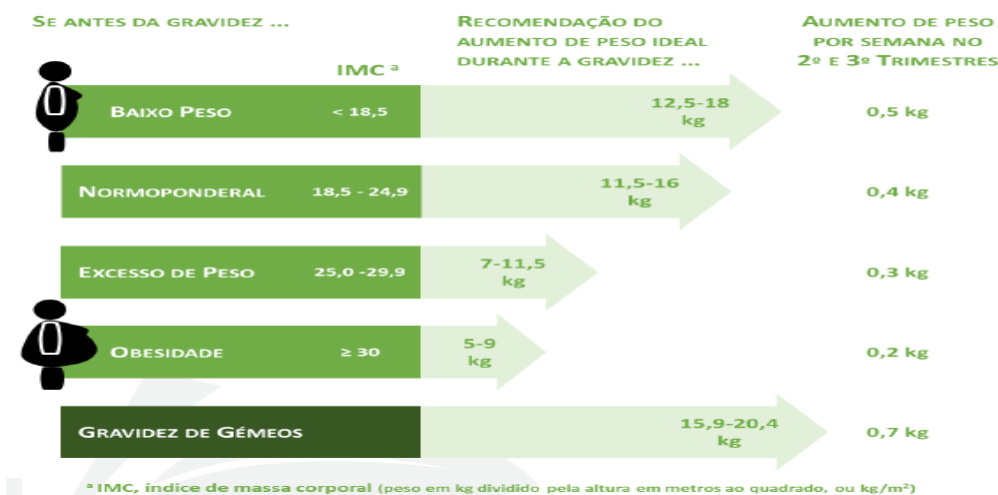
- Queijo mole não pasteurizado (Camembert, Brie, Feta, Fresco);
- Requeijão;
- Patés (animal ou vegetal);
- Leite fresco não pasteurizado;



2. PESO IDEAL DURANTE A GRAVIDEZ?

A mulher grávida devido do aumento de peso pode sofrer diversas e intensas alterações físicas. O ganho de peso ocorre devido ao crescimento do bebé, líquido amniótico, placenta, tecido mamário, aumento do volume de sangue e tecido adiposo. Desta forma o estado nutricional inicial à gravidez tem implicações diretas na saúde da mãe e do bebé.

O ganho de peso ideal é avaliado em função do estado nutricional da grávida, sendo este definido de acordo com as categorias de Índice de Massa Corporal (IMC), valor calculado pela distribuição do peso pela altura. O IMC adequado varia entre 20 e 25.



3. ALIMENTAÇÃO NO 1º TRIMESTRE

Os primeiros três meses da gestação (primeiras 12 semanas), período em que todas as estruturas, órgãos e cérebro do bebé estão em formação, são de extrema importância.

O estado geral de saúde (físico e emocional) da grávida, onde se inclui a alimentação, são uma prioridade. Seguir uma dieta completa, equilibrada e variada de modo a aumentar as hipóteses de engravidar mas também de gerar um bebé saudável e preparar adequadamente o seu corpo materno para a nova fase que se inicia logo a seguir ao parto: a amamentação.

As necessidades de energia durante a gravidez vão aumentando de acordo com o trimestre da gestação. No período inicial da gravidez, o gasto de energia total não se altera significativamente e o ganho de peso é mínimo.

a. Ácido fólico



O **ácido fólico** é um nutriente essencial na gravidez. A ingestão adequada de ácido fólico é fundamental para o ótimo desenvolvimento do bebé e para a prevenção de doenças. Recomenda-se a suplementação de ácido fólico 3 meses antes da concepção e durante

os primeiros 3 meses de gestação.

Os alimentos ricos em ácido fólico incluem-se: couves, brócolos, espinafres, couve-flor, feijão lentilhas, ervilhas, milho, amendoins, morangos e laranjas.

b. Iodo

O **iodo** desempenha um importante papel no desenvolvimento do bebé. O peixe, leguminosas, legumes e produtos lácteos são boas fontes de iodo. Também se recomenda a substituição do sal comum por sal iodado.



- Privilegie a utilização de ervas aromáticas, legumes e especiarias em substituição/redução de sal, como louro, salsa, orégãos, cebolinho, alho, cebola, gengibre, hortelã, alecrim, aipo, limão.

Alimentos a evitar

- **Bebidas alcoólicas**: proibido, uma vez que causa malformações e atraso mental;



- **Cafeína** tende a aumentar a tensão arterial, o que pode ser prejudicial. Pode substituir o café ou chá (preto, verde) e refrigerantes com cafeína por: infusões ou tisanas (camomila, tília, flor de laranjeira, cidreira); café descafeinado ou cevada.



6. Recomendações para uma alimentação completa, variada e equilibrada

Existem recomendações para uma alimentação de acordo com as orientações da Roda dos Alimentos:

- Faça 5 a 6 refeições por dia, mais ou menos de 3 em 3 horas: pequeno-almoço, almoço, jantar, e 2 a 3 lanches;
- Privilegie o consumo de legumes iniciando as refeições por uma sopa de legumes;
- Ao almoço e jantar, preencha metade do prato com hortícolas, um quarto do prato com carne ou peixe, e o outro quarto com arroz, massa ou outro cereal ou tubérculo;
- Coma 3 a 4 porções de fruta por dia;



- Beba cerca de 1,5l de água, que corresponde cerca de 8 copos;
- Coma 3 porções de leite ou derivados (queijo, iogurtes) meio gordo ou magro por dia;

- Prefira o peixe gordos (salmão, atum, sardinha) e as carnes branca como aves e coelho;
- Limite o consumo de carnes vermelhas 2 ou 3 vezes por semana;
- Consuma cerca de metade dos cereais como pão, arroz e massa sob forma integral;
- Modere a quantidade de gorduras e óleos utilizados para barrar, temperar e cozinhar. Prefira os óleos de origem vegetal como o azeite;
- Modere o consumo de sal, durante a confeção e nos alimentos com excesso de sal;

c. Ferro

Durante a gravidez as necessidades de ferro aumentado devido à necessidade de produção de glóbulos vermelhos (hemoglobina) que transporta o oxigénio ao bebé através da placenta e para evitar fadiga; Alimentos ricos em ferro incluem: carne vermelha magra, peixe e frango, frutos secos, lentilhas e feijão seco, legumes com folha escura; A absorção de ferro pode ser aumentada conjugando a ingestão destes alimentos com outros ricos em vitamina C (sumo de laranja ou limonada, salada de tomate).



d. Hidratos de Carbono

Os hidratos de carbono integrais são nutritivos e boa fonte de energia. A fibra ajuda a regular o trânsito intestinal e a prevenir a obstipação.

A escolha de pão integral e arroz integral em vez de pão branco. Deixe de lado os bolos, biscoitos e bolachas recheadas.

4. ALIMENTAÇÃO NO 2º TRIMESTRE

Ocorre um significativo aumento de peso, o que implica mais cuidado à mesa, embora seja necessário um acréscimo do aporte calórico diário para deixar de se sentir cansada, uma vez que o bebé está em pleno crescimento e atividade.

a. VITAMINA C

Importante fator na formação do colágeno – pele, vasos sanguíneos, ossos e cartilagem; Importante para fortalecer o sistema imunológico da grávida.

Alimentos ricos em vitamina C: frutas como kiwi, laranja, morango, melão, melancia, papaia, abacaxi e nas hortaliças como brócolos, pimentos, tomate, couve-flor.



b. Vitamina B6

Importante para o crescimento e o ganho de peso do bebé e a prevenção da depressão pós-parto. Encontra-se no trigo, milho, fígado, frango, peixe, leite e derivados.

c. Magnésio, Cobre e Zinco

Favorece a formação e o crescimento dos tecidos do corpo. Evita a pré-eclampsia, nascimento prematuro e atraso no crescimento uterino. Pode-se encontrar na noz, amêndoa, flocos de aveia, amendoim, soja, banana, cacau, cereais integrais, feijão e ervilhas.



d. Proteínas

O aumento das necessidades deve-se ao contributo proteico para a formação da placenta, crescimento dos tecidos uterinos e desenvolvimento do bebé.

Recomenda-se a preferência por ingestão de proteínas de origem láctea (leite, queijo e iogurtes) e de leguminosas verdes e secas (feijão, grão de bico, favas, ervilhas, lentilhas) em vez das da proteína animal (carne, pescado e ovo).



e. Gordura

A gordura de origem alimentar tem funções importantes uma vez que fornece energia, transporta algumas vitaminas (A,D,E,K), promove o desenvolvimento do cérebro e da visão. Recomenda-se o consumo de gorduras de origem vegetal (azeite) e a ingestão de peixes gordos (sardinha, salmão e cavala).



5. ALIMENTAÇÃO NO 3º TRIMESTRE

O crescimento acelerado do bebé marca a última fase da gestação, e mais uma vez é necessário ter um equilíbrio nutricional.

a. Cálcio e Vitamina D

O bebé precisa para a sua formação óssea (dentes e ossos) e auxilia na contração muscular e batimentos cardíacos;

Para a grávida é importante para manter as unhas fortes, os dentes sem cáries, evitar gengivite e cáries;

Ajuda na produção de leite após o parto. Poderá encontrar no leite e derivados, gema de ovo, vegetais verde.

A vitamina D favorece a absorção do cálcio, sendo que esta é possível com a exposição ao sol. Basta 15 minutos por dia.



b. Água

Importante ingerir 1,5l água por dia ou 8 copos/dia. Ajuda a controlar o líquido amniótico, os edemas e a obstipação.

c. Hidratos de Carbono



Reforço dos hidratos de carbono integrais e não refinados, para evitar a cansaço e a falta de energia. Se possível dar prioridade às fibras de forma a evitar os sinais de obstipação e o aparecimento de hemorroides.

VISITA DOMICILIÁRIA AO RECÉM NASCIDO E PUÉRPERA

- Programação de cuidados de vigilância da saúde quer para da puérpera quer do recém nascido;
- Despiste de quadro de depressão pós parto;
- Avaliação da involução uterina (quantidade e características do lóquios);
- Efetuar reforços positivos sobre a capacidade de a mãe/pai desenvolver habilidades para cuidar do recém nascido;
- Sexualidade e contraceção no pós parto;
- Ensinar à puérpera uma alimentação correta.



Elaborado por: Enfermeira Alda Resende, estagiária do 1º Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro, ano 2015/2016

Realizado: maio de 2016

Próxima Revisão: maio de 2017

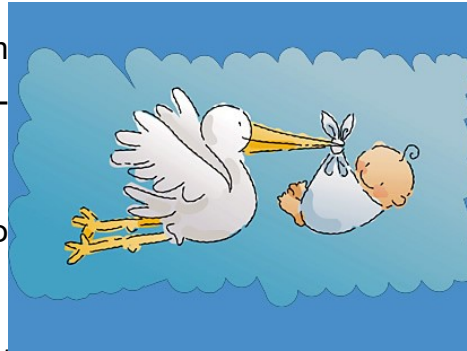
Bibliografia:

- DGS. (2015). *Programa Nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. (DGS, Ed.). Lisboa.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7ª Edição). Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de Bolso do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetria/Parteiras*. Ordem dos Enfermeiros (1ª Edição, Vol. 1). Lisboa. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- USF La Sallette. (2015). *Plano de Acção Triénio 2015/2017 Candidatura Modelo B*.

Importância da Visita Domiciliária

A Visita Domiciliária no puerpério é um instrumento de excelência para o Enfermeiro de Família uma vez que permite:

- Educar a puérpera e a família sobre o pós parto;
- Apoiar e assumir a maternidade/paternidade de forma a aceitar o novo elemento;
- Adaptação no contexto da amamentação de forma a apoiar a puérpera/família a envolver-se no processo.



Desta forma:

- Garante um atendimento personalizado, no domicílio, por parte dos profissionais de saúde;
- Permite assegurar uma transição segura entre o hospital e o domicílio.

Como tal, é proposto a visita domiciliaria ao recém nascido e à puérpera pelas enfermeiras da USF La Salette, até ao 15º dia após o parto.

Temas abordados em cada visita:

Na visita domiciliaria ao recém nascido e à puérpera, as enfermeiras abordam diversos temas:

- Cuidados de higiene ao recém nascido e puérpera;
- Cuidados ao cordão umbilical;
- Amamentação (mamilos, existência de leite/colostró, problemas decorrentes da amamentação, horários e duração das mamadas);
- Preparação de biberões;
- Despiste de complicações pós-parto;
- Estimulação da vinculação mãe/bebé/pai;
- Despiste de sinais de doença no recém nascido (icterícia, desidratação...);
- Avaliação da eliminação intestinal, quer do recém nascido como da puérpera;
- Incentivo para manter um ambiente seguro;



ANEXO II - PARECER DE AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DA USF LA SALETTE E DO
ACES ENTRE DOURO VOUGA II – AVEIRO NORTE PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

ANEXO III - PARECER DE AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS NORTE PARA
REALIZAÇÃO DO ESTUDO



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



DATA : 02.fevereiro.2016

INFORMAÇÃO Nº 013/2016

Nº <Processo> <Registo>

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer nº 13/2016

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 13/2016 sobre o Estudo "Avaliação da obesidade na gravidez na USF La. Sallete", aprovado na reunião de 2 de fevereiro de 2016, por unanimidade.

À consideração superior

Ana Paula Capela
(Assessoria CES/UIC)

*Arquit. um
fun. de medicina
em, de CD.*

[Signature]
26/2/16

Rui Cernadas
Vice-Presidente do C. D.





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Handwritten signature: H. G. L. H. A.
Handwritten mark: u

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER Nº 13/2016

Sobre o estudo T473 – Estudo sobre “Avaliação da Obesidade na Gravidez na USF La Salette”

A – Relatório

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), iniciou a apreciação do Processo n.º T473, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão, referente ao estudo “Avaliação da Obesidade na Gravidez na USF La Salette”, cuja investigadora do projeto é Alda Arlete Moreira Resende, Enfermeira no Centro Hospitalar do baixo Vouga, EPE e aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro, sob orientação científica da Professora Doutora Marília Rua, docente da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Este estudo será realizado na Unidade de Saúde Familiar La Salette, do ACES Entre Douro e Vouga II, Aveiro Norte.

Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento à CES, projeto de investigação, currículo da investigadora e da orientadora, consentimento informado, declaração do orientador científico, declaração do pedido de autorização à USF e Aces onde se realizará o estudo, Declaração do investigador sobre a propriedade de dados e resultados do estudo e sobre a disponibilidade de publicação dos resultados finais: Declaração do compromisso do investigador para entregar à CES do Relatório final e relatório anuais da evolução da investigação, declaração de anonimização e uso dos dados recolhidos neste estudo.

Trata-se um estudo quantitativo, de nível descritivo, A amostra é uma amostra de conveniência, composta pelas utentes acompanhada na consulta de vigilância de Saúde Materna na USF La Salette, durante o período de estágio e que respeitem os critérios de inclusão estabelecidos - grávidas em consulta de vigilância de gravidez e puérperas na consulta de puerpério. Como critérios de exclusão as puérperas que não fizeram vigilância de gravidez na USF La Salette.

1. Recolha de dados:

A recolha de dados será realizada durante o período de estágio. A investigadora irá frequentar as consultas de todas as enfermeiras de família, das respetivas grávidas, possibilitando desta forma o contacto com todas as grávidas, proporcionando a recolha de dados para o respetivo estudo. Na primeira consulta, independentemente da idade gestacional da mulher, será feito o registo IMC no início da gravidez que ficará como IMC de referência. Este dado será recolhido do sistema SClinico ou pelo Boletim de Saúde da Grávida (caso a consulta a que nos referimos não seja a primeira consulta de vigilância de gravidez). Nas consultas seguintes durante



os meses de duração do estudo, serão feitas novas avaliações de IMC e avaliadas eventuais complicações da gravidez associadas ao excessivo aumento de peso/obesidade. Dependendo da idade gestacional no início deste projeto, algumas destas mulheres irão terminar a gravidez durante o referido período, e voltar ainda à USF para consulta de puerpério. Também sobre estas incidirá a nossa avaliação, no sentido de identificar eventuais complicações do parto ou puerpério que se possam associar a esta problemática.

Os objetivos deste estudo são: Avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC) da mulher, antes da gravidez, durante a gravidez e no puerpério; Identificar complicações associadas a gravidez/parto e puerpério, que possam ser decorrentes da obesidade.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Reconhece-se relevância e pertinência do estudo e interesse prático para a Saúde;
2. A confidencialidade dos dados recolhidos, o uso para o presente estudo, bem como o anonimato, são estritamente garantidos pelo investigador.
3. Está garantido o consentimento informado.
4. O estudo não é financiado, pelo que as despesas serão suportadas pelo investigador.

C – Conclusões

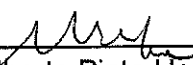
Face ao exposto, a CES delibera que o estudo de investigação em causa tem parecer favorável. Os dados colhidos devem ser destruídos 3 meses após o término do estudo.

Aprovado em reunião do dia 2/2/2016, por unanimidade

O relator,


Mestre Maria Assunção Gomes Magalhães

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP


Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol

*pedido susseguente
de recolha de dados*

Comissão de Ética para a Saúde

Administração Regional de Saúde do Norte, IP



PARECER Nº. /2012

Sobre o estudo T/473 – Estudo sobre “Avaliação da Obesidade na Gravidez na USF La Salette”

A – Relatório

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), iniciou a apreciação do Processo n.º T473, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão, referente ao estudo “Avaliação da Obesidade na Gravidez na USF La Salette”, cuja investigadora do projeto é Alda Arlete Moreira Resende, Enfermeira no Centro Hospitalar do baixo Vouga, EPE e aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro, sob orientação científica da Professora Doutora Marília Rua, docente da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Este estudo será realizado na Unidade de Saúde Familiar La Salette, do ACES Entre Douro e Vouga II, Aveiro Norte.

Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento à CES, projeto de investigação, currículo da investigadora e da orientadora, consentimento informado, declaração do orientador científico, declaração do pedido de autorização à USF e Aces onde se realizará o estudo, Declaração do investigador sobre a propriedade de dados e resultados do estudo e sobre a disponibilidade de publicação dos resultados finais : Declaração do compromisso do investigador para entregar à CES do Relatório final e relatório anuais da evolução da investigação, ~~instrumento de recolha de dados~~, e declaração de anonimização e uso ~~exclusivo~~ dos dados recolhidos neste estudo.

Trata-se um estudo quantitativo, de nível descritivo, A amostra é uma amostra de conveniência, composta pelas utentes acompanhada na consulta de vigilância de Saúde Materna na USF La Salette, durante o período de estágio e que respeitem os critérios de inclusão estabelecidos - grávidas em consulta de vigilância de gravidez e puerperas na consulta de puerpério. Como critérios de exclusão as puerperas que não fizeram vigilância de gravidez na USF La Salette.

1. Recolha de dados:

A recolha de dados será realizada durante o período de estágio. A investigadora irá frequentar as consultas de todas as enfermeiras de família, das respetivas grávidas, possibilitando desta forma o contacto com todas as grávidas, proporcionando a recolha de dados para o respetivo estudo. Na primeira consulta, independentemente da idade gestacional da mulher, será feito o registo IMC no início da gravidez que ficará como IMC de referência. Este dado será recolhido do sistema SClínico ou pelo Boletim de Saúde da Grávida (caso a consulta a que nos referimos não seja a primeira consulta de vigilância de gravidez). Nas consultas seguintes durante os meses de duração do estudo, serão feitas novas avaliações de IMC e avaliadas eventuais complicações da gravidez associadas ao excessivo aumento de peso/obesidade. Dependendo da idade gestacional no início deste projeto, algumas destas mulheres irão terminar a gravidez durante o referido período, e voltar ainda à USF para consulta de puerpério. Também sobre estas incidirá a nossa avaliação, no sentido de identificar eventuais complicações do parto ou puerpério que se possam associar a esta problemática.

Os objetivos deste estudo são: Avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC) da mulher, antes da gravidez, durante a gravidez e no puerpério; Identificar complicações associadas a gravidez/parto e puerpério, que possam ser decorrentes da obesidade.

2.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Reconhece-se relevância e pertinência do estudo e interesse prático para a Saúde;
2. A confidencialidade dos dados recolhidos, o uso exclusivo para o presente estudo, bem como o anonimato, são estritamente garantidos pelo investigador.
3. Está garantido o consentimento informado.
4. O estudo não é financiado, pelo que as despesas serão suportadas pelo investigador.

C – Conclusões

1. Face ao exposto, a CES delibera que o estudo de investigação em causa pode ser aprovado. Os instrumentos de recolha de dados ^{recolhidos} devem ser destruídos 3 meses após o término do estudo.

O relator, Maria Assunção Gomes Magalhães

Aprovado em reunião do dia 02/02/2016, por unanimidade / maioria

ANEXO IV - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DA PARTICIPANTE NO
ESTUDO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Exmo. Sr.^a

Eu, Alda Arlete Moreira Resende, Enfermeira, no âmbito da realização do estágio inserido no 3º semestre do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Universidade de Aveiro, venho convidá-la a participar num estudo com o título “Avaliação da Obesidade na Gravidez na USF La Salette”.

Este terá como objetivo geral de que forma o do Índice de Massa Corporal (IMC) interfere na saúde da grávida e do recém-nascido, durante a gravidez, o parto e puerpério, nas mulheres grávidas da USF La Salette.

Assim sendo, tem como objetivos caracterizar as grávidas quanto ao seu perfil de peso e verificar as principais complicações ocorridas na gravidez, parto e puerpério assim como para o recém-nascido. Desta forma, a caracterizar o seu perfil sociodemográfico e clínico na consulta de vigilância de Saúde Materna.

A sua participação é voluntária e em qualquer momento pode desistir. A sua recusa em participar ou posterior abandono não prejudicarão a sua relação com a equipa de saúde, nem o processo de prestação de cuidados.

É garantido absoluto sigilo relativamente aos dados obtidos e, agradecendo a sua colaboração, coloco-me à sua disposição para mais informações, por email para aldaresende@gmail.com.

Atenciosamente,

Oliveira de Azeméis, __/__/__, _____

Assinatura/s:

.....

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

¹ [/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf](#)

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

